



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS.**

CENTRO MÉDICO ECATEPEC

**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMyM NAUCALPAN”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LILIANA ALEJANDRA GONZÁLEZ CASAS.

ECATEPEC, EDO MÉX.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMyM NAUCALPAN”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MÉDICA
FAMILIAR.**


PRESENTA

DRA. LILIANA ALEJANDRA GONZÁLEZ CASAS.

AUTORIZACIONES.



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MÉDICA FAMILIAR
ADSCRITO A CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC.



M. EN C. JAIME TORAL LÓPEZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
CENTRO MEDICO ISSEMyM ECATEPEC.
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.

**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMyM NAUCALPAN”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MÉDICA
FAMILIAR.**

PRESENTA

DRA. LILIANA ALEJANDRA GONZÁLEZ CASAS.

AUTORIZACIONES.



DR. RAYMUNDO MÉNDEZ SÁNCHEZ
DIRECTOR DE CENTRO MÉDICO
ISSEMYM ECATEPEC.



DRA. ANA LIDIA CAMPUZANO NAVARRO
JEFE DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
DEL CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC.



M. EN C. JAIME TORAL LÓPEZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN
CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC.

**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMyM NAUCALPAN”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MÉDICA
FAMILIAR.**

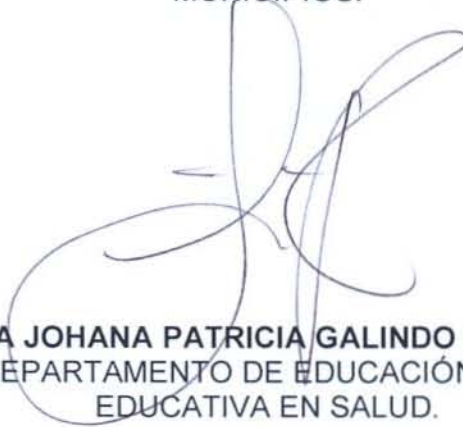
PRESENTA

DRA. LILIANA ALEJANDRA GONZÁLEZ CASAS.

AUTORIZACIONES.



DR. GUILLERMO VICAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y
MUNICIPIOS.



INGENIERA JOHANA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INNOVACIÓN
EDUCATIVA EN SALUD.

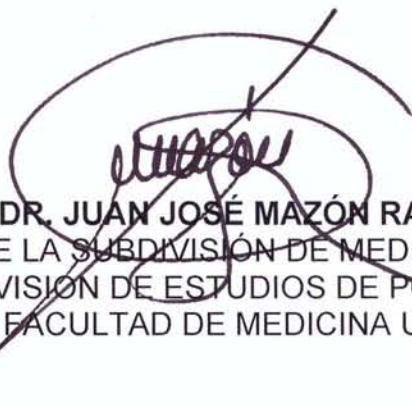
**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMyM NAUCALPAN”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MÉDICA
FAMILIAR.**


PRESENTA

DRA. LILIANA ALEJANDRA GONZÁLEZ CASAS.

AUTORIZACIONES.



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ.
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

III. RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMyM NAUCALPAN

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad. Es considerada la enfermedad mental más frecuente. Es un problema de salud pública y predictor importante de discapacidad funcional y mortalidad. Múltiples factores: la viudez, relaciones sociales, apoyo familiar y circunstancias demográficas. Puede ser desde leve hasta muy grave. Por lo general es episódica, recidivante o crónica. Aunado a los cambios y problemas biológico-fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud psíquica en los adultos mayores se vea deteriorada, y se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos como frustración, tristeza y sensación de inutilidad, lo cual genera dependencia funcional

OBJETIVO: Determinar la percepción en la Calidad de Vida en Adultos Mayores con Depresión en la Clínica de Consulta Externa Naucalpan, mediante la Escala de Calidad de Vida para Depresión. Conocer la calidad de vida que presentan los Adultos Mayores diagnosticados con Depresión. Verificar el estado de bienestar que presentan los Adultos Mayores. Determinar el género más afectado

METODOLOGÍA: La población del estudio fueron los pacientes de la Clínica de Consulta Externa Naucalpan, se incluyeron a 36 pacientes mayores de 60 años y con diagnóstico de Depresión, en un periodo comprendido del 07 de enero del 2015 al 30 de Julio del 2015.

TIPO DE ESTUDIO: Estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, transversal.
Escala utilizada: Para evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes adultos mayores diagnosticados con depresión, se utilizó la Escala de Calidad de Vida para Depresión (Quality of Life in Depression Scale); es autoaplicable con 34 ítems

dicotómicos (sí/no, o verdadero/falso), que puntúan 0 o 1 y miden la calidad de vida en pacientes con depresión. La puntuación total en la escala varía entre 0 y 34, y las puntuaciones más altas indican menor calidad de vida

Exclusión: Paciente con edad menor a 60 años, que no se derechohabiente ISSEMYM, que sea adscrito a otra unidad de primer nivel, con déficit de los órganos de los sentidos. Eliminación: Paciente que no acepte contestar el cuestionario, que no concluya el cuestionario, que presente defunción durante el tiempo de estudio, que pierdan la derechohabencia durante el tiempo de estudio. Procedimiento: La escala se aplico a 50 pacientes. La entrevista se realizo al inicio la consulta con el médico familiar, en la sala de espera en la clínica de consulta externa Naucalpan. Consideraciones éticas: la presente investigación se apego a lo establecido a 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964

RESULTADOS Y CONCLUSIONES En relación al género se obtuvo: 24 fueron mujeres, que corresponde al 67% del total de cuestionarios incluidos en el estudio, y 12 fueron hombres que corresponde al 33% de las encuestas incluidas en el estudio. De la población adulta mayor que se evaluó, se puede observar que los ítems con mayor puntaje fueron “7. Me cuesta salir de casa” con 22 puntos, el ítem “17. No me ocupo de mis amigos” con 25 puntos , el ítem “21. Me siento una carga para los demás” con 27 puntos siendo el mas alto puntaje de todo el estudio, y por ultimo el ítem “32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta” con 23 puntos, lo que nos traduce, que a pesar de que la evaluación no mostro un deterioro marcado en la calidad de vida, de los participantes si hay áreas específicas como el social, y la percepción que tienen de si mismos dentro de la familia.

Se encontraron áreas importantes que abordar como médicos familiares de primer contacto, donde paciente geriátrico con patología mental presenta, lograr identificar los factores de riesgo; prevenir y orientar a la familia sobre los cambios que esperados; y sobre todo dar un seguimiento tanto a las enfermedades crónicas como a las que se presentan por el curso natural del envejecimiento.

III. SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS WITH DEPRESSION IN OUTPATIENT CLINIC ISSEMyM NAUCALPAN

Depression is a set of symptoms manifested by the loss of interest and inability of satisfaction with the activities and experiences of everyday life. It includes motivation, emotional disturbances, cognitive, physical and behavioral. In the elderly is characterized by persistence, severity and functional impairment, there are different levels of severity. It is considered the most common mental illness; It is a public health problem and an important predictor of functional disability and mortality. Factors for depression are: widowhood, social relationships, family support and demographic circumstances. It can range from mild to very severe. Usually it is episodic, recurrent or chronic. In addition to the changes and own biological-physiological problems of aging, it is common for mental health in older adults look deteriorated and is reflected through the presence of depressive symptoms as frustration, sadness and feelings of worthlessness, which generates functional dependence

To determine the perception of the quality of life in older adults with depression in Naucalpan Outpatient Clinic by the Quality of Life Scale for Quality of Life Depresión. Conocer presenting the Elderly diagnosed with depression. Check the welfare state which have the Elderly. Determining the gender most affected

Methodology:

The study population were patients of the Outpatient Clinic Naucalpan, is inclyreron 36 patients over 60 years old and diagnosed with depression, a period of January 7, 2015 to July 30, 2015.

TYPE OF STUDY Study observational, prospective, descriptive, transversal.

Scale used: to assess the quality of life perceived by elderly patients diagnosed with depression, the Quality of Life Scale for Depression was used (Quality of Life in Depression Scale); It is self-administered 34 dichotomous items (yes / no, or true / false), that score 0 or 1 and measure the quality of life in patients with depression. The total score on the scale ranging from 0 to 34, and higher scores indicate lower quality of

life Exclusion: Patient with less than 60 years old who are not entitled ISSEMYM that is attached to another unit class, with a deficit of organs. Elimination: Patient acceptance not answer the questionnaire, which is not completed the questionnaire, that this death during the study time, they lose their derechohabiencia during the study time. Procedure: The scale was applied to 50 patients. The interview took place at the beginning consultation with the family doctor in the waiting room at the outpatient clinic Naucalpan. Ethical considerations: the present investigation established attachment to the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964

RESULTS AND CONCLUSIONS In relation to gender was obtained: 24 were women, corresponding to 67% of questionnaires included in the study were men and 12 corresponding to 33% of the surveys included in the study. Of the adult population was evaluated, it can be seen that the items with the highest scores were. "7 I have trouble leaving home "with 22 points, the item" 17. I am not concerned with my friends "with 25 points, the item" 21. I feel like a burden to others "with 27 points being the highest score throughout the study, and finally the item" 32. I'm reluctant / yy answer the phone and open the door "with 23 points, which translates us that although the assessment did not show a marked deterioration in the quality of life of the participants if there are specific areas such as social, and their perception of themselves within the family.

Important areas to address as family care physicians, where elderly patients with mental illness presents, be able to identify risk factors were found; prevent and guide the family on the changes expected; and especially to monitor both chronic disease as those presented by the natural course of aging.

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN EN LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMyM NAUCALPAN”

Índice General

	Pag.
1. Marco teórico	
1.1. Depresión	
1.1.1. Definición	3
1.1.2. Epidemiología	3
1.1.3. Etiología	10
1.1.4. Patología	13
1.1.5. Cuadro clínico	15
1.1.6. Diagnósticos diferenciales	20
1.1.7. Pautas para tratamiento	21
1.2. Adulto mayor	
1.2.1. Definición	24
1.2.2. Biología del envejecimiento	24
1.2.3. El adulto mayor con depresión	26
1.3. Calidad de Vida	
1.3.1. Definición	28
1.3.2. Evaluando la Calidad de Vida	28
1.4. Instrumento de evaluación	
1.4.1. Escala de Calidad de Vida para Depresión (Quality of Life in Depression Scale)	30
2. Planteamiento del problema	31
3. Justificación	33
4. Objetivos	
4.1. General	35
4.2. Específicos	35
5. Metodología	
5.1. Población en estudio	35
5.2. Criterios de inclusión	36
5.3. Criterios de exclusión	36
5.4. Criterios de eliminación	36
5.5. Diseño experimental	36
5.6. Tamaño de la muestra	36
5.7. Grupo de estudio	37
5.8. Variables de estudio	37
5.9. Instrumentos para la recolección de datos	38
5.10. Método de recolección de datos	38

5.11. Recursos Humanos	38
5.12. Recursos Materiales	38
5.13. Recursos Financieros	38
6. Resultados	
6.1. Análisis tablas y Gráficos	39
7. Discusión	79
8. Conclusiones	81
9. Bibliografía	83
10. Anexos	
10.1. Consideraciones éticas	89
10.1.1. Acta de Helsinki	
10.2. Escala de Calidad de Vida para Depresión	95
10.3. Consentimiento informado	97

1. Marco Teórico

1.1 Depresión

1.1.1 Definición.

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad. ¹

1.1.2. Epidemiología

El conjunto de enfermedades de salud mental, son cada vez más frecuentes en la población general.² La depresión es una enfermedad muy prevalente e incapacitante³, y con altas tasas de cronificación.^{4,5}

Es considerada la enfermedad mental mas frecuente⁶; problema de salud pública y predictor importante de discapacidad funcional y mortalidad ³, y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.^{2 7,8,9} según datos epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recabados en 14 países de América, Europa, Oriente Medio, África y Asia. ¹⁰

Ello supone un muy elevado gasto económico (por el elevado gasto de recursos sanitarios, ya que prolonga las estancias hospitalarias y aumenta la hiperfrecuentación) y social (por el deterioro en la calidad de vida de los pacientes)^{7,11,12}, no sólo por la alta prevalencia, sino porque en la mayoría de los cuadros clínicos la presencia de estados depresivos es persistente. ¹¹

La depresión no solo origina un problema a nivel sanitario al empeorar el grado funcional sino también económico y social; ocupando actualmente el primer lugar en el índice de “años perdidos por discapacidad” (APD), y el segundo en el de “años de vida ajustados en función de la discapacidad” (AVAD) según la OMS, especialmente en las mujeres.^{12, 13}

Las consecuencias económicas anuales son estimadas en 118 billones de euros en Europa y de 83 mil millones de dólares en los EE.UU.³

La prevalencia es similar en los países occidentales y menor en países del Lejano Oriente^{3,14}, con tasas que oscilan entre 4 a 20%. Esto puede reflejar la verdadera variación en los determinantes de la depresión debido a factores culturales o genéticos.³

Actualmente los trastornos depresivos son la cuarta causa de discapacidad en el mundo^{8, 10,15,16} y está asociado con enfermedades físicas crónicas, y se encuentra en camino de ascender.¹⁶ Hasta un 21% de la población adulta presenta un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida.^{11, 17}

Tal y como nos dice la OMS es la principal causa de deterioro en la salud mental y la ha categorizado entre los diagnósticos clínicos mas discapacitantes (en términos de disminución de la productividad, el absentismo, la rotación laboral y el desempleo, así como la jubilación anticipada, baja calidad de vida), y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo,^{8,10, 13,15,18,19} apenas superada por las enfermedades cardiovasculares.^{7,16,18,20} Además de ser un fuerte factor de riesgo para todas las causas de mortalidad.³

Y se considera una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad; ya que las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas.⁷

Para el año 2020, la carga de depresión aumentará a 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de años de vida perdidos.¹¹

El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres ^{10,12} y de acuerdo a los criterios del DSMIV (Manual diagnóstico y estadístico de la asociación americana de Psiquiatría IV), tiene una prevalencia puntual de aproximadamente 8% a 10% en mujeres y 3% a 5% en varones ^{3,14,15,21,22}, y una prevalencia de vida de aproximadamente el doble de la puntual ^{3,11}

Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones.²³

Al igual que el género, la raza aparentemente juega un papel importante; la prevalencia de vida para episodio depresivo fue mayor en gente de raza blanca, que en los negros caribeños, y los afroamericanos; sin embargo, la depresión mayor era más crónica y se asociaba a mayor deterioro funcional, tanto en los afroamericanos y los negros del Caribe, en comparación con los blancos ³

Con respecto a la edad, es menos común en adultos mayores que en jóvenes ^{3,7}; con un pico de edad de inicio en la cuarta década de vida. Sin embargo, los primeros episodios pueden ocurrir a cualquier edad desde la niñez hasta la senectud. ³

Los pacientes con edades de inicio tempranas tienen depresión más severa, de mayor duración y más recurrente, incremento de ideas suicidas, necesidad de hospitalización y tiempo de tratamiento, con mayor discapacidad funcional asociada y comorbilidad médica y psiquiátrica, comparados con aquellos de edad de inicio mayor ³

En adolescentes se ha visto que las edades de inicio más tempranas se observan mayormente en mujeres con una relación de 2:1 con respecto a los varones y en un contexto de alteraciones afectivas parentales y baja autoestima.³

Pero al considerar como grupo etario separado a los adultos mayores, la depresión sí está considerada como uno de sus mayores problemas de salud, y desorden común, con consecuencias bien documentadas en el bienestar, funcionamiento diario, mortalidad y utilización de servicios; sin embargo, a pesar de ser una patología altamente tratable, la mayoría de adultos mayores no reciben tratamiento. Si a esto se añade concomitancia con enfermedades médicas ya sean agudas o crónicas, las tasas de prevalencia son también altas, especialmente si los adultos mayores están en casas de reposo o centros de asistencia³

La depresión en las enfermedades crónicas se asocia a una disminución en la calidad de vida y un incremento en la mortalidad de los pacientes; esta mortalidad adicional es debida al suicidio, especialmente en aquellos que han tenido una depresión mayor inadecuadamente tratada.³ Siendo la depresión la que produce los costos económicos más altos para la sociedad, más del 50% de todos los enfermos depresivos realizaran al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida.²⁰

Se ha encontrado una relación estrecha entre la enfermedad cardiaca y los trastornos afectivos; con el abuso del alcohol, el deterioro del hígado y ciertos tipos de cáncer.²⁴

A la fecha, no existen estudios que determinen de manera certera la prevalencia de depresión en la población mexicana.²⁵

Sin embargo una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP)²⁶, que proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que el 8.4% de la población ha sufrido un episodio de depresión

mayor alguna vez en la vida, con una media de inicio a los 24 años de edad. Se calculó que el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o en la adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida. ¹⁸

Además una de cada ocho personas padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año. Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el último año. El estado civil se encontró como factor en personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión en los países pobres. ²⁶

En México, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. ⁷

Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Las constantes crisis económicas y sociales que se han vivido en México han tenido como consecuencia que, entre las principales fuentes de preocupación cotidiana, se encuentren las relacionadas con problemas financieros, y que términos como “sufrimiento” y “tristeza” sean muy utilizados para dar cuenta de este tipo de preocupaciones. ⁷

En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres. ⁷

Los avances en el conocimiento sobre la depresión no dejan duda respecto al tremendo

impacto que ésta tiene en la calidad de vida de la población,⁷ aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida; aunados a los padecimientos crónicos y los trastornos sensoriales.⁸

No se considera más una cuestión personal y privada; se ha convertido en un asunto de interés general.²⁷ Está poderosamente asociada con pobres pronósticos en una variedad de situaciones relacionadas a la salud, incluyendo el estatus funcional y de la salud percibida por uno mismo.¹⁴

Contribuye a una disminución en la calidad de vida, disminución funcional, discapacidad marcada y un incremento en la utilización de servicios así como incremento en la mortalidad por comorbilidad con otras condiciones médicas.^{14,28}

No sólo afecta a quien la padece, también puede acarrear consecuencias negativas a otras personas,²⁶ por lo que es un problema de gran importancia para la salud y graves repercusiones en las funciones y dinámica de la familia.¹⁸ Por lo que requiere de atención oportuna porque afecta la vida cotidiana.¹⁸

Además que las personas con trastornos depresivos tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención.²⁶

Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica mostraron que al menos de una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de servicio para ese problema.^{7,26}

En el nivel primario de atención a la salud la OMS, encontró que, en promedio, uno de cada cuatro pacientes que solicitó servicios en unidades de atención primaria tenía un trastorno mental identificable. Los trastornos depresivos fueron los más comunes y cerca de 13% presentó síntomas de ansiedad y/o depresión.²¹

Las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados.¹⁷ Y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado;⁷ y sólo entre el 3 y el 5% de los pacientes depresivos reciben tratamiento hospitalizados en centros psiquiátricos.²⁰ Probablemente la demanda real por problemas de salud mental sea superior a la demanda percibida tienen para detectar los trastornos psiquiátricos.²⁹

En relación a la prevalencia reportada de los trastornos mentales en la atención primaria (AP) la depresión corresponde 26% de la consulta, llegando hasta un 60 % en el caso de los hiperfrecuentadores; traducido a uno de cada cuatro pacientes presentan una patología psiquiátrica,³⁰ consultan inicialmente a su médico familiar o de atención primaria.^{20,23,29,30}

México tiene una de las tasas más bajas de distribución de psiquiatras por habitante; y los servicios de salud mental están concentrados en la Ciudad de México y distribuidos de manera muy limitada en el resto del país. Han dejado a los clínicos del primer nivel de atención el cuidado de los trastornos depresivos y de ansiedad dentro de los espacios de la práctica médica general, lo que ha permitido crear la conciencia de la asociación entre la depresión y las condiciones físicas.³¹

El médico de familia constituye la puerta de entrada del paciente al sistema de salud. Por tanto, desempeña un papel fundamental para diagnosticar, prescribir y realizar interconsulta especializada.^{5,26,30,32} Por que además de identificar la depresión se deben conocer las características de la familia, pues ésta constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo, ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional y de información, además alienta, colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo.³³

Para cumplir con los estándares de la atención primaria el médico debe asegurar una asistencia personalizada, integrada, continuada y permanente, teniendo a favor la accesibilidad de los pacientes, es fundamental diagnosticar lo antes posible e iniciar un tratamiento correcto para aliviar los síntomas de este tipo de patologías psiquiátricas. Además, se debe realizar también un seguimiento al enfermo de forma constante así como a los cuidadores de estos pacientes.³⁰

Porque dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causan un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. En México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis.⁷

1.1.3. Etiología

Del Latin *Depressio*, se trata de un síndrome caracterizado por una tristeza profunda.³⁴ Desde un enfoque clínico, puede ser conceptualizada como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental; desde un punto de vista conductual, se entiende la depresión como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conducta y refuerzo, mientras que la teoría cognitiva concibe la depresión como resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando el individuo la realidad de forma negativa.³⁵ Dado que es un proceso y no un estado, puede llevar a la persona que la padece a una problemática depresiva mayor.¹⁸

Las causas de la depresión no se conocen con certeza todavía,³⁶ es un trastorno afectivo que se presenta como respuesta a una variedad de factores,²² se han identificado factores genéricos, biológicos, sociales y psicológicos, que actúan como estresores, que parecen asociarse de forma estrecha con su etiología y desarrollo, en conjunto aumentan la vulnerabilidad de un individuo a padecerla.^{9,22,36,37}

Lo que lleva a un sujeto a deprimirse e incluso a trastornarse son múltiples, sin existir aún un consenso por parte de los investigadores; dentro de estos factores se hallan la viudez, relaciones sociales, apoyo familiar y circunstancias demográficas.³⁸

Otros factores vinculados son: el divorcio, un nivel socioeconómico bajo o desfavorable y un bajo nivel educativo;¹⁰ Las condiciones psicosociales del trabajo, especialmente la alta demanda y el bajo apoyo social son predictores de aparición de la depresión.¹⁵

Se relaciona con un aumento de distrés psicológico, y se acepta generalmente que este es un factor importante para el desarrollo de depresión y otras alteraciones neuropsiquiátricas;¹⁰ Se considera una condición heterogénea que puede aglutinar diferentes anomalías biológicas para que produzcan problemas con el sueño, el apetito, la energía y las reacciones emocionales.³⁹

Se ha asociado a la depresión con alteraciones en el perfil de lípidos plasmáticos, falta de control de la tensión arterial y complicaciones crónicas propias de la enfermedad (retinopatía diabética, nefropatía, neuropatía, complicaciones macrovasculares y disfunción sexual); como la prevalencia de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus. Esta alteración en el estado del ánimo se asocia con un desequilibrio metabólico, falta de apego al tratamiento y de autocuidado, así como a complicaciones y al aumento de la mortalidad.¹⁰

También se ha asociado con discapacidad en términos de disminución de la productividad (“presentismo”), la rotación laboral y el desempleo, así como la jubilación anticipada, baja calidad de vida y mayor riesgo de infarto de miocardio.¹⁵

La depresión ha demostrado ser un fenómeno complejo, y los resultados de la investigación aún no han demostrado del todo en qué casos la depresión tiene origen

biológico ---como una irregularidad hormonal o daños en el ADN--- que afectaría a los niveles de neurotransmisores, y en qué casos, en cambio, la desregulación neurotransmisora.³⁹

Otras causas que predisponen al desarrollo de las Depresión:

Cáncer: Tanto la respuesta física como psicológica al diagnóstico de cáncer puede producir síntomas depresivos. **Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular.**

Diabetes: puede provocar la depresión las personas con diabetes tipo 2 tienen un riesgo de un 52% más alto de desarrollar depresión mayor. Por otro lado, la depresión parece incrementar el riesgo de desarrollar diabetes en un 23% aproximadamente en adultos más jóvenes.³⁹

Fibromialgia: las posibilidades de sufrir una depresión se triplicaron para los diagnosticados con síndrome de fibromialgia (FMS). **Virus de la inmunodeficiencia humana:**

La depresión persistente aunque no mayor es común en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se asocia con resultados desfavorables.

Menopausia: se asocia con un mayor riesgo de síntomas depresivos notables; los síntomas tienden a ser no específicos y, aunque severos. **Trastornos mentales de cualquier naturaleza:**

el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). un tercio tiene un trastorno depresivo, y a proximadamente uno de cada 8 un trastorno de ansiedad generalizada.³⁹

Número de condiciones médicas crónicas: condiciones crónicas que no son de naturaleza neurológica, como son la deficiencia de vitamina B12, lupus y artritis reumatoide, hepatitis, mononucleosis, herpes); han demostrado ser especialmente susceptibles de provocar la depresión.³⁹

Embarazo y parto: La depresión preparto y posparto es muy común, debe ser tomada en serio y se recomienda su cribado. **El uso, abuso y la retirada de sustancias:** se han visto vinculados a síntomas depresivos; incluye determinadas clases de medicación (antidepresivos, ansiolíticos, anticonceptivos, antipsicóticos, miorrelajantes, antiinflamatorios tanto esteroideos como no esteroideos, antibióticos y otros), drogas de

consumo, alcohol, fumar poco o moderado, y otras sustancias. **Hipertiroidismo e hiperparatiroidismo.** La depresión se asocia fuertemente con el mal funcionamiento de estas glándulas, pero un porcentaje elevado de casos queda sin diagnosticar durante mucho tiempo. **Hipotiroidismo e hipoparatiroidismo:** la función tiroidea y paratiroidea debe verificarse en todos los pacientes con síntomas depresivos.³⁹

Desempleo: Trabajadores que experimentan la pérdida involuntaria de empleo son más susceptibles de depresión. Los hombres más mayores sufren más que las mujeres en los asuntos de continuidad en el trabajo. **Insatisfacción corporal:** asuntos relacionados con la imagen corporal propia se relacionan con la depresión, también sin la presencia de trastornos alimentarios. **Desconsuelo y duelo:** del trastorno de aflicción prolongada (TAP, prolonged grief disorder [PGD] en inglés). El TAP puede desarrollarse después de la pérdida de un ser querido, pero debe distinguirse de la tristeza y pena normales, causadas por una pérdida importante, que tampoco deben confundirse con la depresión.³⁹

1.1.4. Patogenia.

En la actualidad se cuenta con evidencia que implica diversos aspectos fisiológicos:¹¹

- a. Los cambios en las estructuras cerebrales y su funcionamiento. Diversas investigaciones por medio de estudios de imagen en pacientes con trastorno depresivo mayor, han implicado alteraciones estructurales en varias áreas cerebrales, entre ellas el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal dorso lateral y ventral, con resultados variables.¹¹

La hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPS), que conduce a una hipercortisolemia prolongada, es posiblemente un potente modelo del TDM que predice cambios celulares en áreas del cerebro que presentan una concentración elevada de receptores de los glucocorticoides; por ejemplo, el hipocampo, la amígdala y la corteza cingulada, todas ellas áreas del sistema límbico involucradas en la regulación del estado de ánimo.^{22,40}

El hipocampo también es sensible a la enfermedad prolongada, de modo que los volúmenes disminuyen a medida que la duración de la enfermedad aumenta a la aparición de síntomas depresivos.⁴⁰

- b. Hipótesis de las monoaminas, su metabolismo. se debe a deficiencia en los neurotransmisores serotonina (5-HT), norepinefrina y en menor grado dopamina. La disminución de estos neurotransmisores se ha utilizado como modelo para la participación de las monoaminas en el trastorno depresivo mayor. Actualmente se están realizando múltiples investigaciones en los receptores de las monoaminas y su implicación en la génesis de la depresión.¹¹

La hipótesis de las mono aminas es la que ha prevalecido, puesto que su dogma central es resuelto por el mecanismo de acción de los antidepresivos representa una disponibilidad menor de noradrenalina (NA), serotonina (5-HT) o ambas y dopamina.^{10,41}

- c. Hipótesis glutamatergica y GABAérgica (ácido amino- γ -butírico) de la depresión. El glutamato es el neurotransmisor de las neuronas de proyección de la corteza cerebral y de la mayor parte de las regiones subcorticales, como el tálamo, el hipocampo o la amígdala, con excepción de los ganglios basales, que utilizan el neurotransmisor inhibitorio GABA para comunicarse.⁵ Los pacientes con trastorno depresivo mayor muestran concentraciones corticales de GABA menores y de glutamato mayores, tejido cerebral menos denso y una proporción significativamente menor de materia blanca.¹¹
- d. Interacción herencia-medioambiente o teoría de la diátesis-estrés. ha tratado de explicar cómo las diferencias individuales, en términos de predisposición genética, interactúa con los factores ambientales.¹¹

Un blanco en las investigaciones de esta asociación ha sido el genotipo de los genes relacionados con la expresión del transportador de serotonina (5-HTTLPR). En el

anciano, se ha encontrado una asociación con las variantes corta y larga del polimorfismo (5-HTTLPR) del gen promotor del transporte de la serotonina (SLC6A4) que ha sido propuesto como marcador fármaco genético de la eficacia de algunos antidepresivos.⁸

La enfermedad depresiva se ha asociado con estrés crónico en el cual existe sobre activación del eje hipotálamo pituitaria-adrenal (HPA), ya que éste consiste en un sistema de respuesta ante estímulos estresantes o estresores, ya sean físicos o psicológicos^{10,22} Los pacientes con trastorno depresivo mayor pueden presentar niveles séricos aumentados de cortisol, elevaciones en los niveles de hormona liberadora de corticotropina.¹⁰ Así otro blanco en la interacción genética con el ambiente es el gen receptor de la hormona liberadora de corticotropina (CRHR1).¹¹

- e. Hipótesis neurotrófica de la depresión. El factor neurotrófico derivado del cerebro es una proteína dimérica encontrada en el cerebro con mayor abundancia en el hipocampo y la corteza cerebral. De acuerdo con esta hipótesis, la disminución en la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro puede contribuir a la atrofia del hipocampo en respuesta al estrés en pacientes deprimidos e incremento del factor neurotrófico derivado del cerebro que puede contribuir a la acción del tratamiento antidepresivo.¹¹
- f. Hipótesis inflamatoria de la depresión. El interferón alfa (IFN- α) puede originar un síndrome conductual cuyas características se superponen con la depresión. Sin embargo, aún no se conoce el mecanismo por el que puede producirlo. La atención se ha enfocado en el factor liberador de corticotropina, un neuropéptido implicado en la depresión.¹

1.1.5. Cuadro Clínico

La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento de la persona.³³

Los signos y síntomas de una depresión son: Signos evidentes de tristeza, anhedonia (pérdida del placer e interés), insomnio o hiperinsomnio, perturbación del apetito y del peso, disminución de energía y sensación de fatiga o letargo, alteración cognoscitiva de concentración, memoria a corto plazo, incapacidad para tomar decisiones, aislamiento social, disminución de la libido, síntomas y pensamientos generalizados de culpa y/o vergüenza, pensamientos frecuentes sobre muerte y suicidio, ansiedad, quejas somáticas, alucinaciones auditivas y visuales, incluso paranoia, hipersensibilidad al rechazo, comportamiento de toma de riesgos excesivos, rumiar y pensar las cosas de manera excesiva, desesperanza (pérdida del sentido de vida).⁴¹ También pueden concurrir diversos síntomas somáticos.¹¹

La depresión puede exacerbar el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas, así como afectar desfavorablemente los resultados de su tratamiento. Así mismo, el padecer depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional. Las relaciones de pareja y familiares son frecuentemente afectadas de forma negativa.¹³

Tomar en cuenta a los individuos en alto riesgo, son aquellos que presentan: insomnio crónico o fatiga, dolor crónico, síntomas somáticos múltiples o inexplicados, enfermedad médica crónica, eventos cardiovasculares agudos, trauma físico o psicológico reciente, otros trastornos psiquiátricos y antecedentes heredofamiliares para un trastorno del estado de ánimo.¹³

Los síntomas depresivos se relacionan con aspectos de la salud, de forma recíproca. Pero se puede llegar equivocadamente, a un diagnóstico de depresión por no haberse reconocido otros factores causales verificables relevantes.³⁹

El diagnóstico precoz tiene una de sus claves en el hecho de que con cierta frecuencia la depresión se presenta en forma de síntomas somáticos o síntomas inespecíficos.⁴² Hasta el momento actual, no existe prueba de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico;¹³ Y en este sentido resulta fundamental el empleo de escalas de tamizaje

para identificar posibles casos e iniciar el tratamiento de manera más oportuna.²¹

Una de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es la presencia de estigma, que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato en las relaciones interpersonales, como por la auto-segregación que genera en los enfermos ('enacted stigma').¹²

La atención al paciente con síntomas de depresión constituye para los Médicos Familiares y Psiquiatras un terreno especialmente problemático.³²

Para el Médico Familiar le resulta, sin duda, trabajoso ya que, además de interpretar síntomas frecuentemente borrosos, ha de captar el grado de confianza alcanzado, e iniciar la labor terapéutica en el mismo proceso de entrevista ya sea mediante la palabra, el fármaco, la recitación, la decisión de derivar o varias de dichas opciones simultáneamente. Pero para el Psiquiatra el esfuerzo no es menor, ya que en principio sus expectativas son más distantes y la realidad conlleva no sólo la borrosidad vinculada al paciente, sino también las imprecisiones atribuibles al Médico Familiar que lo ha enviado.³²

Actualmente hay muchas herramientas disponibles para diagnosticar la depresión. La mayoría de éstas están basadas en criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10)¹⁹, o como desde 1960, que la depresión se ha diagnosticado como depresión mayor (trastorno depresivo mayor) basada en criterios sintomáticos preestablecidos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.^a edición, (DSM V), mientras que los casos leves se clasifican como distimia, aun cuando no existe una clara distinción entre ambos.^{10,43}

Los criterios propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su quinta versión (DSM-V):⁴³

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo

menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.⁴³

Constituyen la norma ideal para el diagnóstico de depresión mayor,²⁵ de los cuales deberán presentarse cinco o mas criterios en por lo menos dos semanas, que representen un cambio respecto de las actividades previas y que se mantengan la mayor parte del día.^{8,43}

Como puntualiza el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos de América: no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de ellos pueden variar según la persona.⁴¹

La depresión puede ser desde leve hasta muy grave. Por lo general es episódica, recidivante o crónica.^{11,20,12} Y no todos los individuos con depresión experimentan todos los síntomas; el número y la severidad de los síntomas pueden variar entre cada individuo y el tiempo.⁹ ya que las fases sintomáticas de actividad de la enfermedad son intercaladas esporádicamente con fases inactivas, cuando los pacientes están asintomáticos.^{3,26} Cada nivel de severidad de los síntomas depresivos está asociado con alteración psicosocial significativa, la cual se incrementa progresivamente con cada incremento en la severidad de los síntomas.³³

Es importante observar que las personas expuestas a grandes adversidades a menudo experimentan dificultades psicológicas que son consistentes con los síntomas de depresión, pero no necesariamente tienen depresión moderada-grave. Al considerar si la persona tiene depresión moderada grave, es esencial evaluar si la persona no solo tiene síntomas, sino también dificultades en el funcionamiento diario debido a los síntomas.⁴⁴

En cualquier diagnóstico, se deben descartar primero las categorías del DSM-IV-TR «Trastornos mentales debidos a una condición general médica no clasificados en otros apartados» y «Trastornos relacionados con sustancias».³⁹

1.1.6. Diagnósticos Diferenciales

En la actualidad se presenta cierta confusión entre los términos tristeza y depresión (o melancolía) y el porqué de su uso presente de manera indistinta e indiscriminada, y cada vez más frecuente, confundir el significado de los términos tristeza y depresión, para indicar que un individuo atraviesa por una etapa confusa y dolorosa en su pensar y/o en su actuar, siendo que se trata tan solo de un episodio de tristeza.⁴¹

La depresión es una enfermedad que debe atenderse médica y psicológicamente mientras que la tristeza es un sentimiento básico de todo ser humano y que su

presencia no sólo es normal sino natural y que es conveniente conocer la diferencia entre ellas para que ante la presencia de una depresión, ésta se trate oportunamente.⁴¹ La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada.¹⁹

La tristeza al ser un sentimiento genera a veces emociones adversas para el individuo mismo; más no por ello una persona que se encuentra triste se encuentra necesaria y forzosamente deprimida. La melancolía puede deberse a la identificación que el individuo llevó a cabo con el “objeto” de su afecto.⁴¹

En la depresión se debe asociar como causas de depresión secundaria principalmente: trastornos metabólicos, desequilibrio ácido-base, hipotiroidismo, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, infecciones, cáncer y fármacos.⁶

Las dificultades en la identificación y evaluación de este tipo de trastorno, y son mas frecuentes cuando se presentan pacientes con trastornos somatomorfos, trastornos de la alimentación y demencias.²⁹

Si hay consumo del alcohol, sufrir la muerte de una persona cercana u otra pérdida significativa en los dos meses previos, puede tratarse de un duelo; con síntomas de un marcado deterioro cognitivo (ya no aprende fácilmente), se debe evaluar la posibilidad de una demencia y eventualmente llevar a cabo una prueba diagnóstica con medicación antidepresiva; algunas enfermedades orgánicas como el hipotiroidismo, producen síntomas depresivos.⁴¹

1.1.7. Pautas para el tratamiento

La depresión es una enfermedad tratable. La mejoría de la clínica depresiva implica una reducción significativa de la discapacidad asociada.⁴⁵

La gran mayoría de las personas con trastornos mentales no recibe ningún tratamiento o recibe un tratamiento inadecuado. La encuesta mundial de Salud Mental (2001) encontró que, en los países desarrollados, entre el 35,5% y el 50,3% de las personas con trastornos mentales graves no habían recibido ningún tratamiento en el último año, mientras que este porcentaje fue de entre el 76,3% y el 85,4% de esos casos en los países en desarrollo. La brecha existente entre los que necesitan tratamiento y los que lo reciben oscila entre el 32% y el 78%, dependiendo del trastorno.³⁴

La mayoría de episodios depresivos remite completamente, ya sea espontáneamente (particularmente para los casos leves) o con tratamiento, más no así la enfermedad. En promedio, los episodios pueden durar varios meses a un año.^{3,33}

El tratamiento de los trastornos depresivos en el nivel primario de atención a la salud es posible y conveniente. La evaluación de diversas intervenciones muestra que éstas son efectivas para disminuir la depresión y la discapacidad asociada a ella, así como de relativo bajo costo.¹²

En la década de los cincuenta del siglo pasado se descubrieron las propiedades antidepressivas de la iproniazida y de la imipramina, que dieron paso a dos familias de antidepressivos de gran trascendencia: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y de los antidepressivos tricíclicos (ADT), respectivamente,⁴⁶ Estos fármacos antidepressivos presentan dos problemas principales: lentitud de acción y baja eficacia.¹⁸

Surge una nueva familia de antidepressivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), liderados por la fluoxetina, que destacaron por su gran utilización y aceptación; y han dado al profesional una mayor confianza de empleo, lo que ha facilitado el tratamiento del paciente deprimido por el médico de atención primaria.⁴⁶

El tratamiento antidepressivo a elegir, particularmente con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), se corresponde un descenso en las tasas de

suicidio. El antidepresivo a elegir debe ser ante todo eficaz y seguro en sobredosis. Se suelen preferir antidepresivos de tipo sedante, pero si se elige un ISRS se puede asociar una benzodiacepina.²⁸

El efecto antidepresivo de los fármacos de uso común no se manifiesta de manera patente hasta varias semanas después del comienzo de la medicación, y considerando la existencia de un porcentaje importante de pacientes que no responden de manera adecuada a dicho tratamiento.³⁶

En el plano mundial se ha planteado que el tratamiento más adecuado para la depresión es aquel que combina el uso de fármacos antidepresivos con psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal, por eso, la medicación antidepresiva no es un tratamiento suficiente por sí solo.^{6,7,23}

La mejoría de los síntomas debe ser evidente a las 2 semanas después de haber iniciado la terapia antidepresiva.⁶

Existen diversas intervenciones psicológicas breves que han sido adaptadas con éxito para su empleo en muy diversas culturas y países s una ventaja de las mismas es que pueden ser reproducidas con efectividad por parte de personal que labora en el primer nivel de atención a la salud, con lo que la atención a la depresión no tiene porque encarecerse al ser otorgada por un especialista.⁷

La adherencia al tratamiento es un problema cardinal en el tratamiento de la depresión, tanto en sus aspectos psicofarmacológicos como psicoterapéuticos. El grado de adherencia a este otro tipo de recomendaciones basadas en cambios de estilo de vida es en gran medida desconocido.^{7,27}

Se estima que la no-adherencia a la medicación antidepresiva oscila entre el 30% al 60% ². Entre sus consecuencias se ha señalado el aumento de la tasa de recaídas y

recurrencias. A pesar de que el 49% al 84% de los pacientes perciben la necesidad de tratamiento antidepresivo, un tercio abandona el tratamiento a los 3 meses tras encontrarse mejor; a los 6 meses, la tasa de no-adherencia alcanza el 55%.⁴⁷

La no-adherencia es un fenómeno multifactorial. Los factores de riesgo se han agrupado en varias categorías: relacionados con el paciente, la enfermedad, la medicación, el médico y la asistencia sanitaria, y la familia y sociedad, lo económico por el alto costo.⁴⁷

Los tratamientos de primera elección disponibles (psicoterapia y farmacoterapia) no siempre consiguen alcanzar la remisión completa del cuadro ni evitar sus recaídas o recurrencias. Por ello, sigue siendo necesario investigar sobre nuevas alternativas terapéuticas antidepresivas coadyuvantes, especialmente si pueden añadir eficacia al tratamiento sin restar tolerancia y seguridad.⁷

Su solución no es un misterio médico, pero requiere de la labor multidisciplinaria y colaborativa de equipos de salud, capaces de integrar la participación de la comunidad y, en particular, de las personas afectadas por trastornos depresivos.¹⁵

1.2. Adulto Mayor

1.2.1. Definición

Ley de los Derechos de las personas adultas mayores define Personas Adultas Mayores: aquellos hombres y mujeres⁴⁸, que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.⁴⁹

1.2.2. Biología del envejecimiento

El envejecimiento se manifiesta como un declive funcional asociado a múltiples cambios sistémicos a lo largo de la vida. El inicio y el ritmo de este declive presenta variaciones significativas en los diferentes órganos de un individuo; estas variaciones se presentan también entre los individuos y entre las poblaciones.⁵⁰

Uno de los grandes retos que plantea el envejecimiento poblacional es la creciente probabilidad de desarrollar discapacidad y de saturar los sistemas de salud, y esta nueva responsabilidad de la salud pública tiene que ampliarse a preservar la calidad de vida y la funcionalidad de todos aquellos a quienes les adiciona años.⁵¹

El envejecimiento constituye un proceso gradual y adaptativo que se caracteriza por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de su historia.⁵²

Involucra a los diferentes niveles de organización biológica (genes, células, tejidos, sistemas y el organismo como una unidad funcional). Este proceso conduce paulatinamente a la fragilidad y la disfunción en la edad avanzada, que eventualmente se manifiesta en el desarrollo de numerosas patologías degenerativas. Es un proceso complejo y dinámico que afecta cada nivel del organismo.

Por lo tanto, es imposible que una sola teoría pudiera explicar este proceso tan complicado.⁵⁰

Envejecer es un proceso biológico común y, por lo tanto, normal. Sin embargo, también es el resultado de un daño molecular agregado y progresivo que termina por comprometer los mecanismos fisiológicos y, finalmente, generar la muerte.⁵⁰

Ha sido motivo de estudio desde tiempos inmemorables, sin embargo, es una de las áreas de la biología que ha resistido los esfuerzos para ser catalogado o, incluso, definido. Envejecimiento es un proceso poligónico y estocástico en el cual hay deterioro progresivo de la salud y de la calidad de vida debido al incremento en el daño celular y tisular, en consecuencia falla en la homeostasis que involucra genes de mantenimiento y reparación, así como factores ambientales que conducen al daño celular.⁵⁰

Estos procesos generan una inestabilidad genética, la cual podría ser una de las principales causas para la senescencia celular y también podría estar asociada con el cáncer, enfermedades del sistema inmune, enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas asociadas con la edad.⁵⁰

El ADN de nuestras células está continuamente bajo la amenaza de mutaciones, que ocurren mediante una variedad de mecanismos que incluyen mutaciones puntuales, radicales libres, rompimientos y rearrreglos cromosómicos, pérdida o ganancia de cromosomas, silenciamiento de genes debido a una metilación inapropiada de CpG en las secuencias promotoras, así como un acortamiento acelerado de los telómeros y desregulación de la apoptosis.⁵⁰

Este conjunto de procesos, asociado a la ineficiente o incorrecta capacidad de reparación del ADN, aceleran el envejecimiento celular, pues cuando el daño al genoma excede la capacidad de reparación de la célula pueden ocurrir cambios fundamentales en el código genético y en la expresión génica, lo que puede causar daños severos en el desarrollo, función celular y fisiología de los tejidos, acelerando el envejecimiento y propiciando la pérdida de la capacidad de regeneración celular.⁵⁰

Además, existen otras condiciones asociadas al envejecimiento que, sin ser causas directas de muerte, son responsables del deterioro en la calidad de vida del anciano.⁵⁰

1.2.3. El Adulto mayor con depresión

La situación demográfica mundial tiende al crecimiento del grupo etario que supera los 60 años. En México, la expectativa de vida actual supera los 72 años en ambos sexos.⁵³

Este fenómeno demográfico, denominado envejecimiento poblacional, es un grave problema de salud pública, dado que implica por una parte una disminución de la

proporción de población económicamente activa, y por otra un inminente incremento de la prevalencia de síndromes geriátricos: incontinencia urinaria, delirio, demencia, depresión, incapacidad, caídas, pluripatologías, y polifarmacia.⁵³

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud en población gerontológica,⁵⁴ y representa uno de los mayores desafíos para la sociedad en general y los sistemas de salud en particular.²¹

La prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores, que van desde 4% al 5% a más del 70%.^{21,53} Aunque los síntomas y síndromes depresivos son frecuentes, éstos son subdiagnosticados y subtratados.²⁵

Las posibles causas de depresión. jubilación, muerte del cónyuge, pérdida de los hijos, soledad, pocas actividades tanto dentro de la familia como fuera de ella.⁴¹

Ya en los años sesenta se puso de manifiesto la necesidad de estudiar la compleja relación existente entre condición física y alteración depresiva en los ancianos. Los trastornos depresivos en los ancianos pueden fácilmente pasar desapercibidos, al considerarse desde la evaluación médica que las manifestaciones o quejas depresivas que típicamente suelen realizar los ancianos no son otra cosa que manifestaciones del propio proceso del envejecimiento.¹⁶

Además enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose así mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, ya no se diga en la sociedad. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión.⁵²

Aunado a los cambios y problemas biológico-fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud psíquica en los adultos mayores se vea deteriorada, y se refleja a

través de la presencia de síntomas depresivos como frustración, tristeza y sensación de inutilidad, lo cual genera dependencia funcional.⁵⁴

El contexto de vida familiar puede actuar como catalizador de los problemas que enfrenta el adulto mayor, en la medida en que los miembros de la familia conocen y atienden las necesidades del adulto mayor contribuyen a mantener el bienestar y la calidad de vida.⁵⁴

1.3. Calidad de vida.

1.3.1. Definición.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “aquella percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los elementos esenciales del entorno del individuo”.⁴²

1.3.2. Evaluando la calidad de Vida

Evaluar la calidad de vida de un paciente significa conocer el impacto de una enfermedad y su tratamiento sobre la percepción que él tiene de su propio bienestar.⁴²

Dicha evaluación puede hacerse en dos formas: es externa cuando un juez ajeno y experto mide con criterios externos qué es lo que la gente posee y reflejaría su calidad de vida; para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La otra evaluación la realiza el propio individuo; se emplea la percepción

del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida.⁵⁵

Los instrumentos de calidad de vida relacionados a la salud también incluyen dominios de la vida y reactivos para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida; sin embargo, el énfasis de éstos es básicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades.⁵⁵

Al ser proceso cambiante, consistente en una interacción continua entre el sujeto y su entorno, es el resultado del desarrollo saludable de la persona y de la interacción armónica entre su estado físico y su estado mental (funcionalidad), la satisfacción de sus necesidades reales, su entorno familiar, social, laboral y el medio ambiente, que hace posible compaginar de forma equilibrada el ser y el tener, sin que el anhelo de posesión le empuje a objetivos inalcanzables o le exija un esfuerzo permanente que consuma el tiempo y las energías del sujeto.⁴²

Además, toda enfermedad tiene un coste psíquico y somático para el sujeto que la padece, y repercusiones para los miembros de su unidad convivencial, de manera que una de las primeras consecuencias de toda enfermedad es su efecto pernicioso sobre la calidad de vida.⁴²

Así los trastornos del estado de ánimo inciden de forma especial en la funcionalidad y en la calidad de vida de las personas y de sus familias, Por lo que se puede afirmar que depresión y calidad de vida son expresiones antagónicas. Un elemento fundamental en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes deprimidos (y en la restitución de su salud) es la información.⁴²

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas.⁵⁵

1.4. Instrumento de evaluación

1.4.1. Escala de Calidad de Vida para Depresión (Quality of Life in Depression Scale).

Para la valoración de la calidad e vida se utilizó la Escala de Calidad de Vida para Depresión (Quality of Life in Depression Scale).⁵⁶ Diseñado para determinar la habilidad y capacidad del individuo para satisfacer necesidades humanas cotidianas. Se asume que la calidad de vida es mayor cuando la mayoría de las necesidades del individuo están satisfechas.⁵⁷

Desarrollada con la intención de crear un instrumento para evaluar cómo la enfermedad y su tratamiento influyen en la calidad de vida de los pacientes con depresión.^{42,56}

De los autores S. M. Hunt, y S. P. McKenna, validado en The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression. Health Policy 1992; 22: 307-319.⁵⁶ Consta de 34 ítems de respuesta dicotómica sí o no. Con un marco de referencia temporal: el momento actual. Se trata de una escala autoaplicada; que existe una versión en español.^{42,56,57}

Para su interpretación proporciona una puntuación global que oscila entre 0 y 34, y que es la suma de las puntuaciones en los 34 ítems. A las respuestas marcadas por el paciente que indiquen un deterioro de la calidad de vida se les otorga 1 punto. Esas respuestas son: Respuestas afirmativas (sí o verdadero) en los ítems 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 19-25, 27-29, 31-33. Respuestas negativas (no o falso) en los ítems restantes; las respuestas contrarias a las anteriores valen 0 puntos. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, peor calidad de vida.⁵⁶

Las respuestas del paciente que están asociadas con una calidad de vida adversa, contribuyen con un punto en la evaluación total de QLDS. Consecuentemente una calidad de vida pobre se refleja en una puntuación alta en QLDS.⁵⁷

2. Planteamiento del problema

La depresión en los adultos mayores se ha convertido en problema de salud pública por su alta prevalencia, además de producir un impacto negativo en la calidad de vida de quien la padece; ya que lleva consigo condiciones como aislamiento social, baja productividad, discapacidades, postramiento, desarrollo de enfermedades crónicas, y sobre medicación, lo cual potencializa su aparición.

El incremento de la población geriátrica para los próximos años coloca a este grupo como objeto de atención de estudio, para lograr identificar oportunamente los síntomas depresivos que se presenta; ya que en ocasiones es complicado conocer el padecer de cada paciente o si presenta algún trastorno depresivo.

El adulto mayor debe recibir una atención integral tomando en cuenta sus factores de riesgo, independiente de la forma clínica que adopte se debe considerar el resultado de la conjunción antecedentes familiares, los cambios psicosociales como crisis normativas y no normativas del ciclo de vida, las comorbilidades presentes en el adulto mayor, tanto las adquiridas como las propias de la edad (disfunciones cognitivas), el abuso de sustancias (tabaco, alcohol, medicamentos), para otorgar un diagnóstico certero y tratamiento adecuado, para su padecer físico y mental.

Es importante dar a conocer que el envejecer no es una enfermedad, es parte de un proceso, de cambios en la vida del individuo, así como su adaptación al mismo, y que puede manifestarse en ocasiones como enfermedades esperadas por la etapa del ciclo vital en que se encuentra. Identificar cuando se trata de procesos biológicos y cuando de trastornos patológicos.

La depresión en el adulto mayor, inciden de forma especial en la funcionalidad y en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, por lo que se puede decir que depresión y calidad de vida son expresiones antagónicas,

El contar con una herramienta que se pueda aplicar en la consulta para detectar el como estos trastornos deterioran la calidad de vida del adulto mayor, dá la oportunidad a los médicos de primer contacto lograr el diagnostico precoz de recaídas o agudizaciones, y por tanto tener un plan integral de manejo, que incluye apoyo multidisciplinario para evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo, que es la prioridad como médicos familiares del primer nivel de atención; y en casos específicos, referir al servicio de especialidad quien se encargará de evaluar las alternativas terapéuticas

De aquí surge la importancia de evaluar la percepción de la calidad en los adultos mayores con depresión, y poder reconocer las áreas en donde el medico familiar incidirá para orientar al paciente, e incluir a la familia como parte del manejo integral, que es la intención del presente trabajo.

Por lo anterior se planteo la siguiente pregunta:

¿Cómo es la calidad de vida en el adulto mayor con depresión, en la Clínica de Consulta Externa Naucalpan?

3. Justificación

La depresión en los adultos mayores se ha convertido en problema de salud pública por su alta prevalencia, además de producir un impacto negativo en la calidad de vida de quien la padece.

El incremento de la población geriátrica para los próximos años coloca a este grupo como objeto de atención de estudio, para lograr identificar oportunamente los síntomas depresivos que se presenta; ya que en ocasiones es complicado conocer el padecer de cada paciente o si presenta algún trastorno depresivo.

El adulto mayor debe recibir una atención integral tomando en cuenta sus factores de riesgo y otorgar un diagnóstico certero y tratamiento adecuado, para su padecer físico y mental. Es importante dar a conocer que el envejecer no es una enfermedad, es parte de un proceso, de cambios en la vida del individuo, así como su adaptación al mismo, y que puede manifestarse en ocasiones como enfermedades esperadas por la etapa del ciclo vital en que se encuentra. Identificar cuando se trata de procesos biológicos y cuando de trastornos patológicos.

La depresión en el adulto mayor, inciden de forma especial en la funcionalidad y en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, por lo que se puede decir que depresión y calidad de vida son expresiones antagónicas,

El contar con una herramienta que se pueda aplicar en la consulta para detectar el como estos trastornos deterioran la calidad de vida del adulto mayor, da la oportunidad a los médicos de primer contacto lograr el diagnóstico precoz de recaídas o agudizaciones, y por tanto tener un plan integral de manejo, que incluye apoyo multidisciplinario para evitar complicaciones a corto, mediano y largo plazo, que es la prioridad como médicos familiares del primer nivel de atención; y en casos específicos, referir al servicio de especialidad quien se encargará de evaluar las alternativas terapéuticas

De aquí surge la importancia de evaluar la percepción de la calidad en los adultos mayores con depresión, y poder reconocer las áreas en donde el médico familiar

incidirá para orientar al paciente, e incluir a la familia como parte del manejo integral, que es la intención del presente trabajo.

Trascendencia

El presente estudio intenta conocer la calidad de vida del adulto mayor con depresión, puesto que este grupo de pacientes, día a día, es una población mayor en la consulta de primer nivel de atención, y lograr otorgarles una atención con integralidad, identificando de manera oportuna síntomas vulnerables para presentar recaídas de su enfermedad y/o mejorar su apego al tratamiento, integrando a la familia como un pilar en el manejo conjunto con el dedico familiar.

Vulnerabilidad.

La atención médica en sus diferentes procesos y especialidades, presenta en su práctica actual un alto grado de complejidad, la importancia del médico familiar como base de la medicina de primer contacto, siendo este la puerta de entrada para la detección, el diagnóstico, y manejo oportuno, además de su labor como anticipador al daño, ser médico preventivo, de ahí la importancia de continuar con la capacitación de sus médicos, para otorgar un control en patologías que son problemas de salud publica en este grupo de pacientes.

Factibilidad.

Este estudio presenta una alta factibilidad para su realización. La clínica de consulta externa ISSEMyM Naucalpan cuenta con una infraestructura idónea debido a que incluye áreas de consulta externa, el personal directivo presenta disponibilidad total para otorgar la autorización y llevar acabo la recolección de datos para el presente estudio.

En cuanto a la factibilidad operativa, técnica y económica, el investigador está capacitado y dispone de los conocimientos y habilidades necesarias para realizar el estudio. Se cuenta con el equipo, herramientas y capital efectivo, necesarios para invertir en el desarrollo de la investigación.

4. Objetivos

4.1. Generales

Determinar la percepción en la Calidad de Vida en Adultos Mayores con Depresión en la Clínica de Consulta Externa Naucalpan, mediante la Escala de Calidad de Vida para Depresión.

4.2. Específicos

Conocer la percepción de Calidad de Vida que presentan los Adultos Mayores diagnosticados con Depresión

Verificar el estado de bienestar que presentan los Adultos Mayores

Determinar el género más afectado

5. Metodología

5.1. Población en estudio

El Estado de México tiene una población de casi 15,175,862 personas de las cuales 1,137,647 pertenecen al grupo de adultos mayores de 60 años y más de edad.

El ISSEMyM ofrece servicios de salud y seguridad social a casi 1,032,432 de la población. Se trata de un sistema de seguridad social, por lo tanto el único requisito para ser registrado es ser empleado del Estado de México, independientemente de su estado de salud. Los trabajadores, sus padres y otros parientes cercanos son asignados a una Unidad de Consulta Externa, que es la proveedora de atención primaria de salud; la Clínica de Consulta Externa Naucalpan cubre un aproximado de 2.590 de mas de 60 años.

El presente trabajo se elaboró en la Clínica de Consulta Externa Naucalpan ubicada en calle Corona # 100 colonia Padre Figueroa Naucalpan de Juárez Estado de México en un periodo comprendido del 07 de enero del 2015 al 30 de Julio del 2015

La población del estudio fueron los pacientes de la Clínica de Consulta Externa Naucalpan, asignados al consultorio 14 subsecuentes que acuden a la consulta externa.

5.2 Criterios de inclusión

Paciente con 60 años o más de indiferencia de género

Paciente con Diagnostico de Depresión

Paciente regionalizado a la Clínica de Consulta Externa Naucalpan ISSEMYM

Paciente que acepte contestar el cuestionario

5.3. Criterios de exclusión

Paciente con edad menor a 60 años

Paciente que no se derechohabiente ISSEMYM

Paciente que sea adscrito a otra unidad de primer nivel

Paciente con déficit de los sentidos (sordos e hipoacúsicos, ciegos y débiles visuales) que interfiriera con la comprensión y ejecución adecuada del cuestionario

Paciente que presente alguna barrera de la comunicación (idioma, analfabetismo, Disartria, alteraciones neurológicas)

5.4. Criterios de eliminación

Paciente que no acepte contestar el cuestionario

Paciente que no concluya el cuestionario

Paciente que Presente defunción durante el tiempo de estudio

Pacientes que pierdan la derechohabiencia durante el tiempo de estudio

5.5. Diseño experimental

Se realizara un estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, transversal.

5.6. Tamaño de la muestra

Muestra a conveniencia

5.7. Grupo de estudio

Se tomaran hombres y mujeres de 60 años cumplidos o mas, diagnosticados con Depresión, que acudan a la consulta externa de la Clínica Naucalpan

5.8. Variables

Adulto Mayor.

Conceptual: Aquellos hombres y mujeres, que cuenten con sesenta años o mas de edad y que se encuentren domiciliadas o en transito en el territorio nacional

Operacional.- Adulto de mas de 60 años

Categoría: Cualitativa.

Escala de medición: Dicotómica.

Unidad de medición: Si o No

Calidad de Vida.

Conceptual: A la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

Operacional: Percepción de una persona de que sus necesidades están siendo cumplidas.

Categoría: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Unidad de medición: La QLDS es una escala autoaplicable con 34 ítems dicotómicos (sí/no, o verdadero/falso), que puntúan 0 o 1 y miden la calidad de vida en pacientes con depresión. La puntuación total en la escala varía entre 0 y 34, y las puntuaciones más altas indican menor calidad de vida

5.9. Instrumento para la recolección de datos

Para evaluar la Calidad de vida percibida por los pacientes adultos mayores diagnosticados con Depresión, se utilizó la Escala de Calidad de Vida para Depresión (Quality of Life in Depression Scale) (anexo 10.3)

5.10. Método de recolección de datos.

- Una misma persona, y previamente entrenada realizó las entrevistas.
- La entrevista se realizaba al inicio la consulta con el médico familiar, en la sala de espera de la consulta externa del consultorio 14 en la clínica de consulta externa Naucalpan en un horario de 14-20:00hrs.
- Capta al paciente en la sala de espera.
- Verifica que se cumplan los criterios de selección.
- Le explica al paciente los pormenores del estudio y en que consiste el cuestionario.
- Se le invita a participar en el mismo.
- El paciente acepta llenar el cuestionario llenando previamente un consentimiento informado.
- Termina la participación del paciente.

5.11. Recursos humanos

Para la realización de esta investigación se requirió de:

- Investigador principal: Médico familiar.
- Persona ajena al sistema de salud para la realización de las entrevistas.

5.12. Recursos materiales

- Copias de cuestionarios
- Instalaciones de la Clínica de Consulta Externa Naucalpan.
- Computadora, impresora
- Plumas, tabla de apoyo.

5.13. Recursos financieros

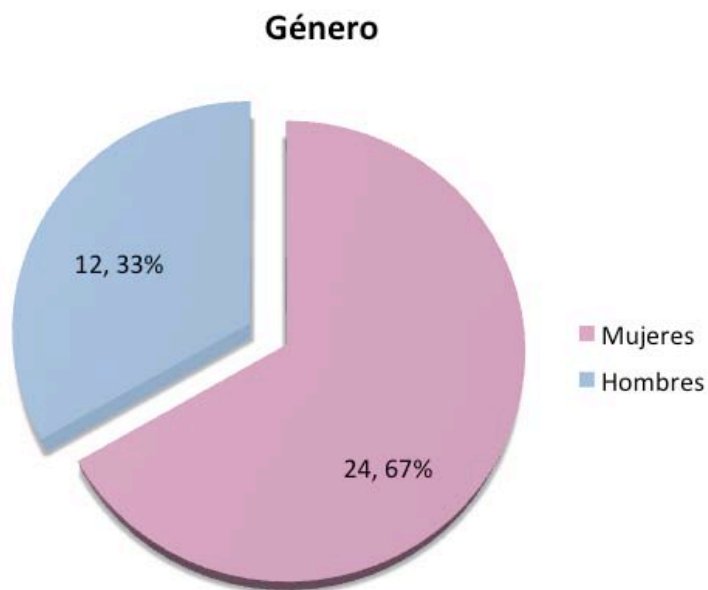
- Fueron proporcionados por el investigador.

6. Resultados.

6.1 Tablas y gráficos

El presente estudio se llevó a cabo en la Clínica de Consulta Externa Naucalpan en la sala de espera en el turno vespertino.

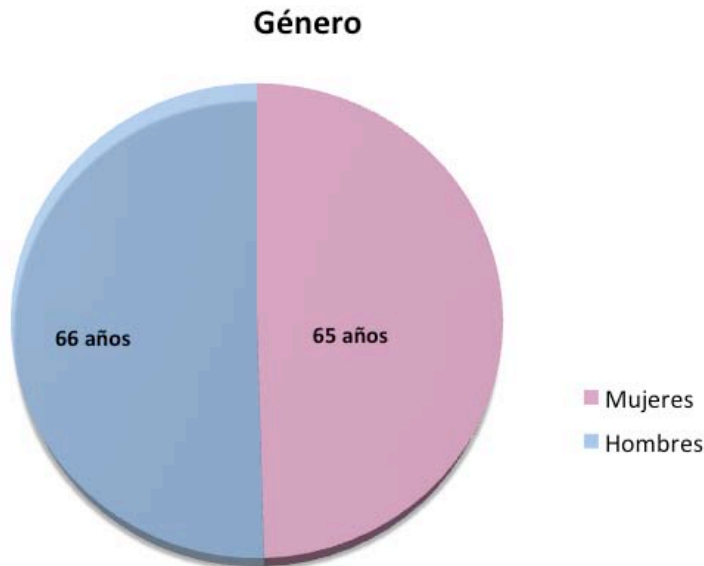
Un total de 50 encuestas fueron aplicadas, de las cuales 14 fueron eliminadas por no cumplir los criterios de inclusión del estudio; 7 no fueron completados los cuestionarios, 6 los pacientes tenían alguna dificultad cognitiva para realizarlos, y 1 no cumplía con la edad establecida mayor 60 años; de los 36 cuestionarios de pacientes voluntarios, que cumplieron todos los criterios los resultados, con relación al género se obtuvo: 24 fueron mujeres, que corresponde al 67% del total de cuestionarios incluidos en el estudio, y 12 fueron hombres que corresponde al 33% de las encuestas incluidas en el estudio (gráfica 1)



Gráfica 1. Relación de los voluntarios de acuerdo al género.

FUENTE: Encuesta DQLDS aplicada de Ene-Jul 2015

La edad menor de los pacientes voluntarios, fue de 60 años y el mayor fue de 77 años, con una media de 66 años; de los cuales para las mujeres fue una media de 65 años y para los hombres una media de 66 años (grafica 2).



Gráfica 2. Relación de los voluntarios de acuerdo a la media de edad por genero.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

Se realizaron los 34 ítems que evalúa la Escala de Calidad de Vida para Depresión (Quality of Live in Depression Scale), realizada y validado en versión en español, que evalúa como la enfermedad y su tratamiento influyen en la calidad de vida de lo pacientes con depresión, con repuestas dicotómicas de Si o Verdadero/No o Falso.

Se evalúan las repuestas marcadas por el paciente que indiquen un deterioro en la calidad de vida se les otorgara un punto en:

- Respuestas afirmativas (Si/Verdadero) a los ítems: 1, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 19-25, 27-29, y 31-33.
- Respuestas negativas (No/Falso) a los ítems: 2, 4, 7, 8, 12, 13, 15, 18, 26, 30 y 34

Las repuestas contrarias con valor de 0 puntos; el punto de corte a mayor puntuación peor calidad de vida (tabla 1)

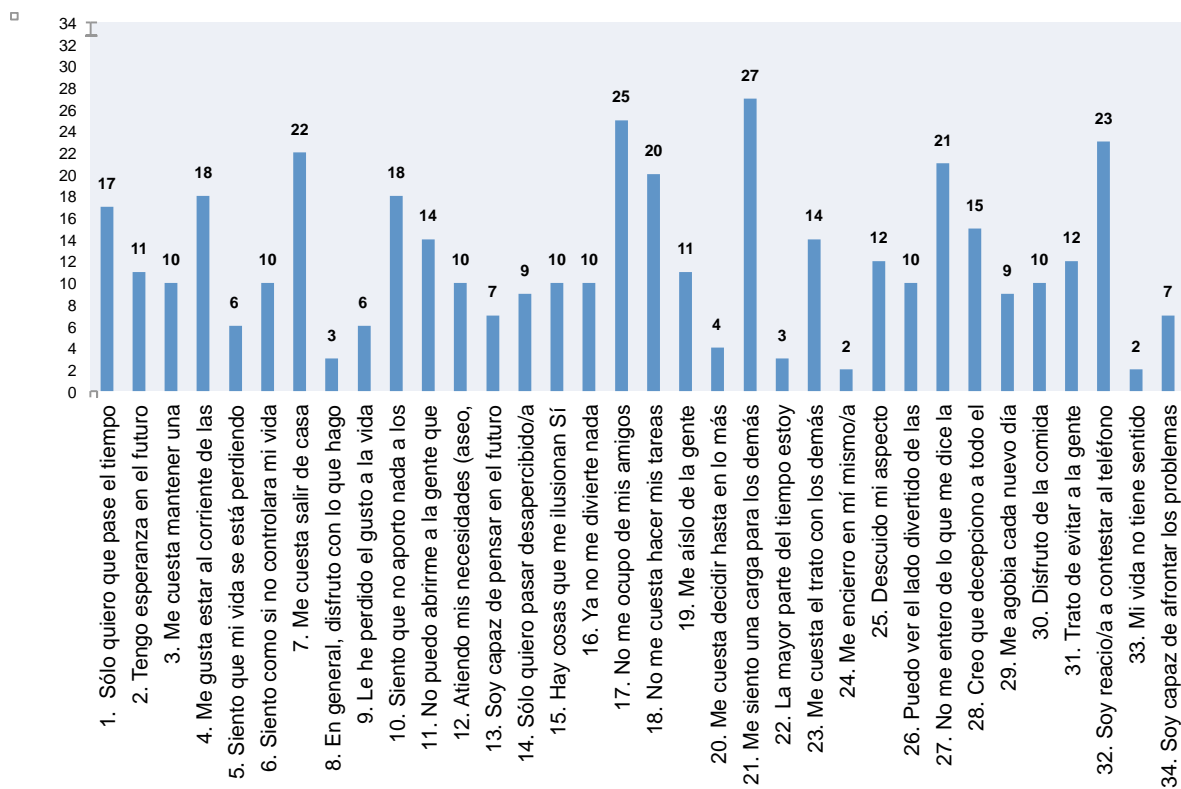
1. Sólo quiero que pase el tiempo	Si	No	1
2. Tengo esperanza en el futuro	Si	No	1
3. Me cuesta mantener una conversación	Si	No	1
4. Me gusta estar al corriente de las cosas	Si	No	1
5. Siento que mi vida se está perdiendo	Si	No	1
6. Siento como si no controlara mi vida	V	F	1
7. Me cuesta salir de casa	Si	No	1
8. En general, disfruto con lo que hago	Si	No	1
9. Le he perdido el gusto a la vida	Si	No	1
10. Siento que no aportó nada a los demás	V	F	1
11. No puedo abrirme a la gente que quiero	V	F	1
12. Atiendo mis necesidades (aseo, alimentación, descanso, etc.)	Si	No	1
13. Soy capaz de pensar en el futuro	Si	No	1
14. Sólo quiero pasar desapercibido/a	Si	No	1
15. Hay cosas que me ilusionan	Si	No	1
16. Ya no me divierte nada	V	F	1
17. No me ocupo de mis amigos	V	F	1
18. No me cuesta hacer mis tareas diarias	V	F	1
19. Me aílo de la gente	Si	No	1
20. Me cuesta decidir hasta en lo más sencillo	Si	No	1
21. Me siento una carga para los demás	Si	No	1
22. La mayor parte del tiempo estoy como ausente, con la mirada perdida	Si	No	1
23. Me cuesta el trato con los demás	Si	No	1
24. Me encierro en mí mismo/a	Si	No	1
25. Descuido mi aspecto	Si	No	1
26. Puedo ver el lado divertido de las cosas	Si	No	1
27. No me entero de lo que me dice la gente	V	F	1
28. Creo que decepciono a todo el mundo	Si	No	1
29. Me agobia cada nuevo día	Si	No	1
30. Disfruto de la comida	Si	No	1
31. Trato de evitar a la gente	Si	No	1
32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta	Si	No	1
33. Mi vida no tiene sentido	V	F	1
34. Soy capaz de afrontar los problemas cotidianos	Si	No	1
Puntuación global	23	11	34

Tabla 1. Relación de respuestas con valor de 1 punto para el deterioro de la calidad de vida.

FUENTE: Cervera-Enguix S, Ramirez N, Giralá N, McKenna SP. The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale (QLDS). Eur Psychiatry 1999; 14: 392-398.

Con este proceso se obtuvieron de 36 evaluaciones con los siguientes resultados, para el ítem “1. Sólo quiero que pase el tiempo” se obtuvo 17 puntos; en el ítem “2. Tengo esperanza en el futuro” se obtuvo 11 puntos ; en el ítem “3. Me cuesta mantener una conversación” se obtuvo 10 puntos; en el ítem “4. Me gusta estar al corriente de las cosas” se obtuvo 18 puntos; para el ítem “5. Siento que mi vida se está perdiendo” se obtuvo 6 puntos; en el ítem “6. Siento como si no controlara mi vida” se obtuvo 10 puntos; en el ítem “7. Me cuesta salir de casa” se obtuvo 22 puntos; en el ítem “8. En general, disfruto con lo que hago” se obtuvo 3 puntos; en el ítem “9. Le he perdido el gusto a la vida” se obtuvo 6 puntos; en el ítem “10. Siento que no aportó nada a los demás” se obtuvo 18 puntos; en el ítem “11. No puedo abrirme a la gente que quiero” se obtuvo 14 puntos; en el ítem “12. Atiendo mis necesidades (aseo, alimentación, descanso, etc.)” se obtuvo 10 puntos; en el ítem “13. Soy capaz de pensar en el futuro” se obtuvo 7 puntos; en el ítem “14. Sólo quiero pasar desapercibido/a” se obtuvo 9 puntos; en el ítem “15. Hay cosas que me ilusionan” se obtuvo 10 puntos; en el ítem “16. Ya no me divierte nada” se obtuvo 10 puntos; en el ítem “17. No me ocupo de mis amigos” se obtuvo 25 puntos; en el ítem “18. No me cuesta hacer mis tareas diarias” se obtuvo 20 puntos; en el ítem “19. Me aílo de la gente” se obtuvo 11 puntos; en el ítem “20. Me cuesta decidir hasta en lo más sencillo” se obtuvo 4 puntos; en el ítem “21. Me siento una carga para los demás” se obtuvo 27 puntos; en el ítem “22. La mayor parte del tiempo estoy como ausente, con la mirada perdida” se obtuvo 3 puntos; en el ítem “23. Me cuesta el trato con los demás” se obtuvo 14 puntos; en el ítem “24. Me encierro en mí mismo/a” se obtuvo 2 puntos; en el ítem “25. Descuido mi aspecto” se obtuvo 12 puntos; en el ítem “26. Puedo ver el lado divertido de las cosas” se obtuvo 10 puntos; en el ítem “27. No me entero de lo que me dice la gente” se obtuvo 21 puntos; en el ítem “28. Creo que decepciono a todo el mundo” se obtuvo 15 puntos; en el ítem “29. Me agobia cada nuevo día” se obtuvo 9 puntos; en el ítem “30. Disfruto de la comida” se obtuvo 10 puntos; en el ítem “31. Trato de evitar a la gente” se obtuvo 12 puntos; en el ítem “32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta” se obtuvo 23 puntos; en el ítem “33. Mi vida no tiene sentido” se obtuvo 2 puntos; en el ítem “34. Soy capaz de

afrontar los problemas cotidianos” se obtuvo 7 puntos; Puntos que afirman un deterioro en la calidad de vida del paciente con depresión, como se observa en la grafica 3.



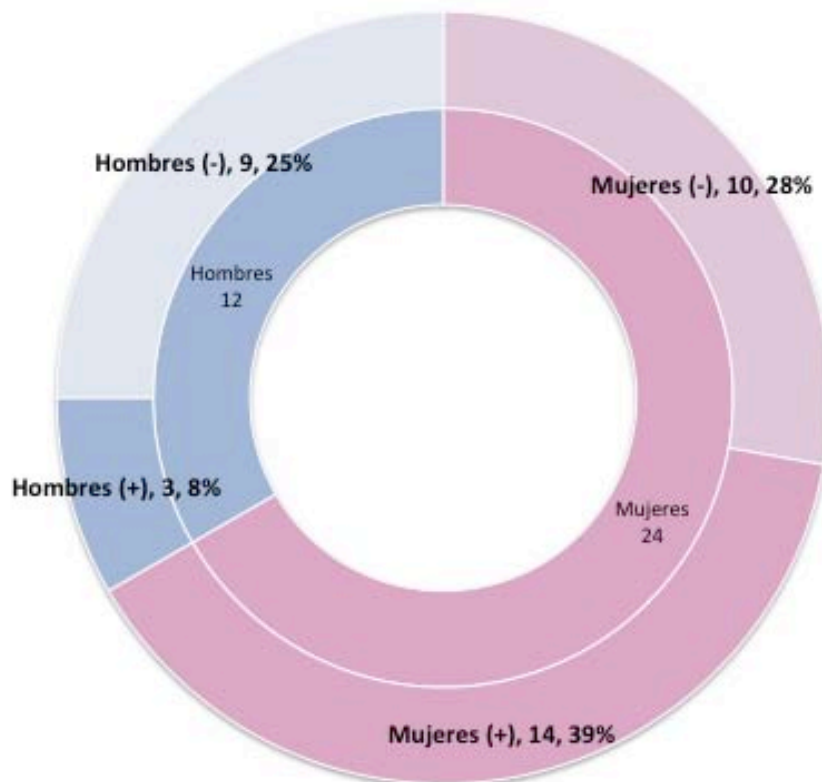
Gráfica 3. Relación de las respuestas que demuestran un deterioro en la calidad de vida en pacientes con depresión.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

Para evaluar y conocer el porcentaje de puntuación por género se registro cada pregunta y el porcentaje obtenido.

En el ítem “1. Sólo quiero que pase el tiempo” se obtuvo 17 puntos para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 14 puntos (39%) positivos, y 10 evaluaciones negativas para presentar deterioro (28%); y para los 12 hombres evaluados corresponden 3 puntos (8%) positivos; y 9 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (Grafica 4).

1. Sólo quiero que pase el tiempo

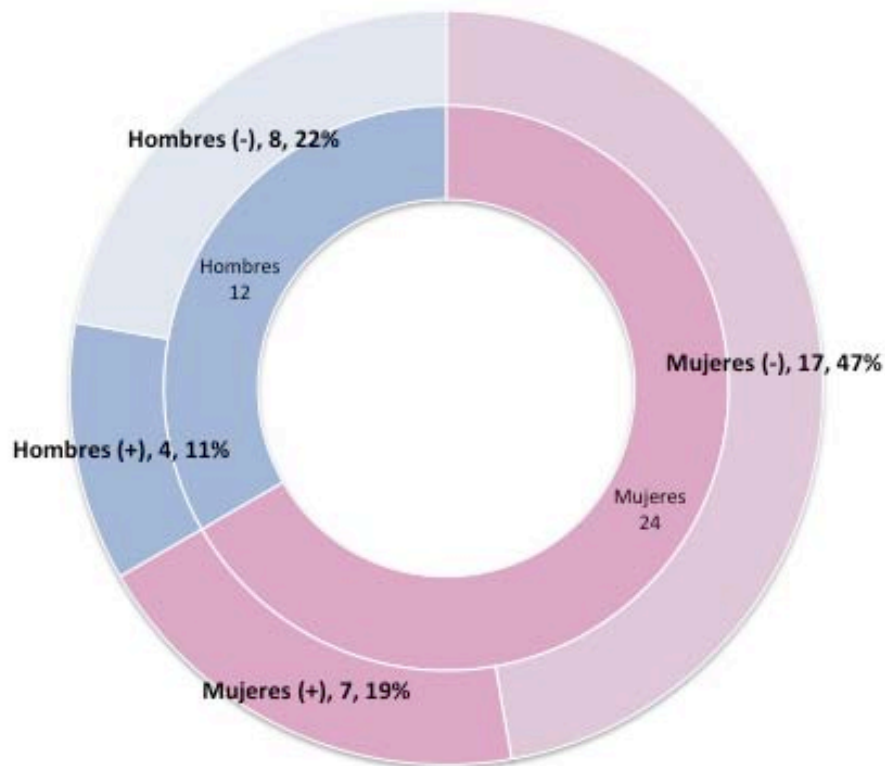


Gráfica 4. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 1 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “2. Tengo esperanza en el futuro” se obtuvieron 11 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 7 puntos (19%) positivos, y 17 evaluaciones negativas para presentar deterioro (47%); y para los 12 hombres evaluados corresponden 4 puntos (11%) positivos, y 8 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (22%) (Grafica 5).

2. Tengo esperanza en el futuro

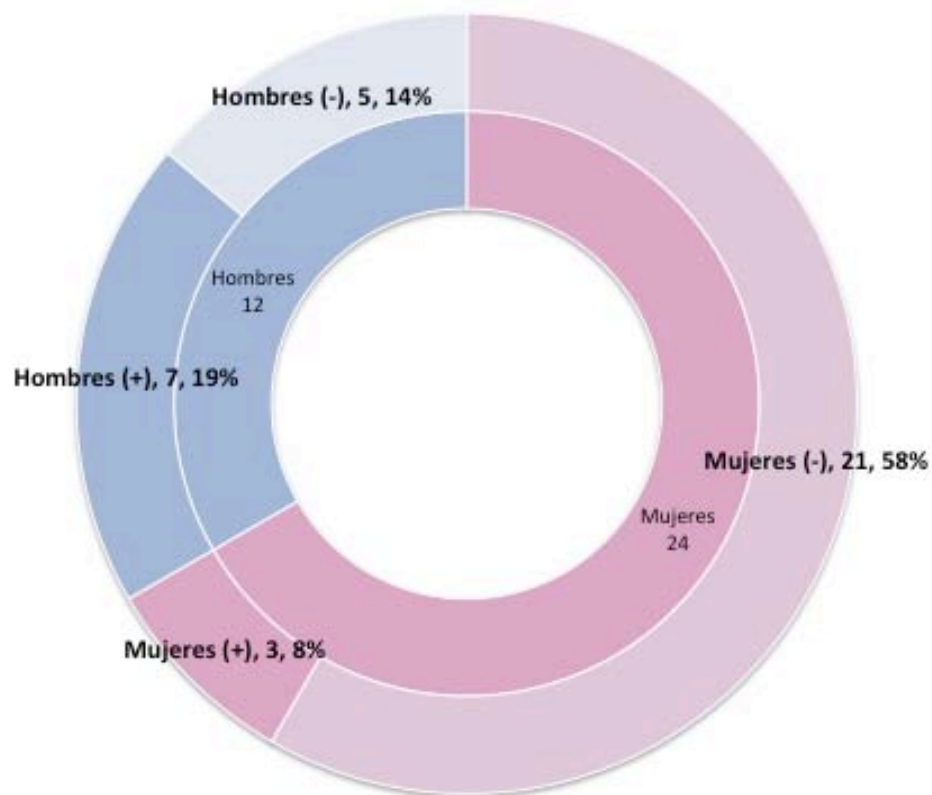


Gráfica 5. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 2 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “3. Me cuesta mantener una conversación” se obtuvo 10 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 3 puntos (8%) positivas, y 21 evaluaciones negativas para presentar deterioro (58%); para los 12 hombres evaluados corresponden 7 puntos (19%) positivos y 5 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (14%) (Grafica 6).

3. Me cuesta mantener una conversación

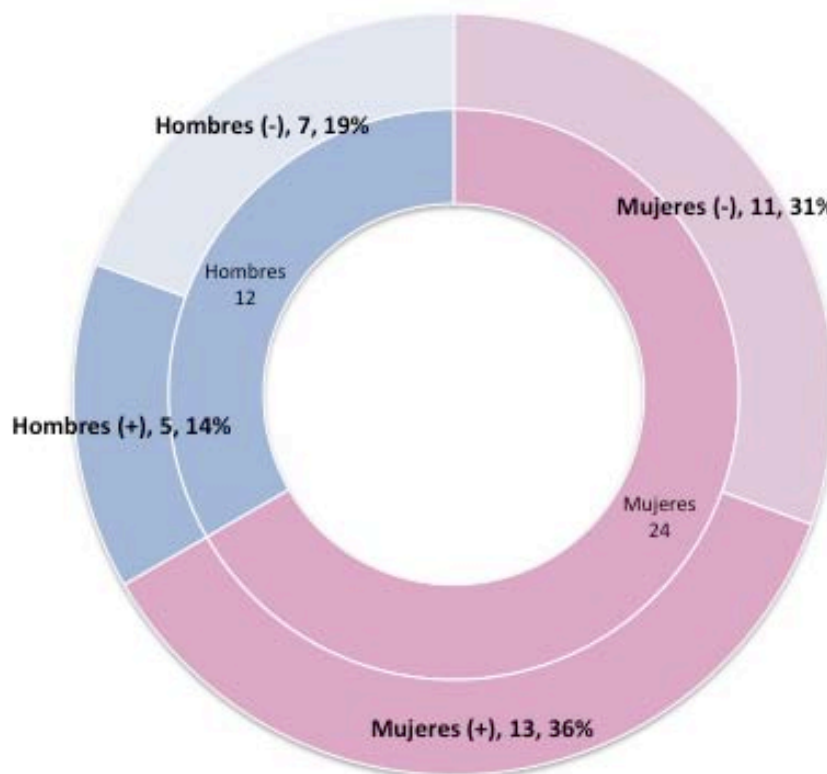


Gráfica 6. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 3 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “4. Me gusta estar al corriente de las cosas” se obtuvo 18 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 13 puntos (36%) positivos, y 11 evaluaciones negativas para presentar deterioro (31%); para los 12 hombres evaluados corresponden 5 puntos (14%) positivos, y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (19%) (Grafica 7).

4. Me gusta estar al corriente de las cosas

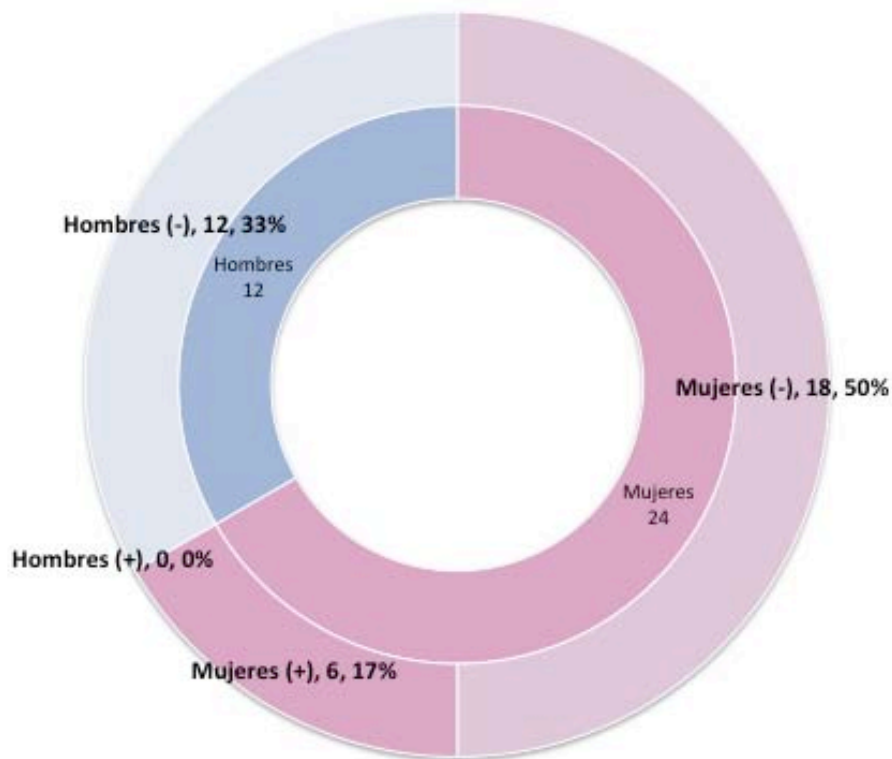


Gráfica 7. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 4 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

Para el ítem “5. Siento que mi vida se está perdiendo” se obtuvo 6 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 6 puntos (17%) positivos, y 18 evaluaciones negativas para presentar deterioro (50%); para los 12 hombres evaluados corresponden los 12 puntos (33%) negativos para deterioro de la calidad de vida (Grafica 8).

5. Siento que mi vida se está perdiendo

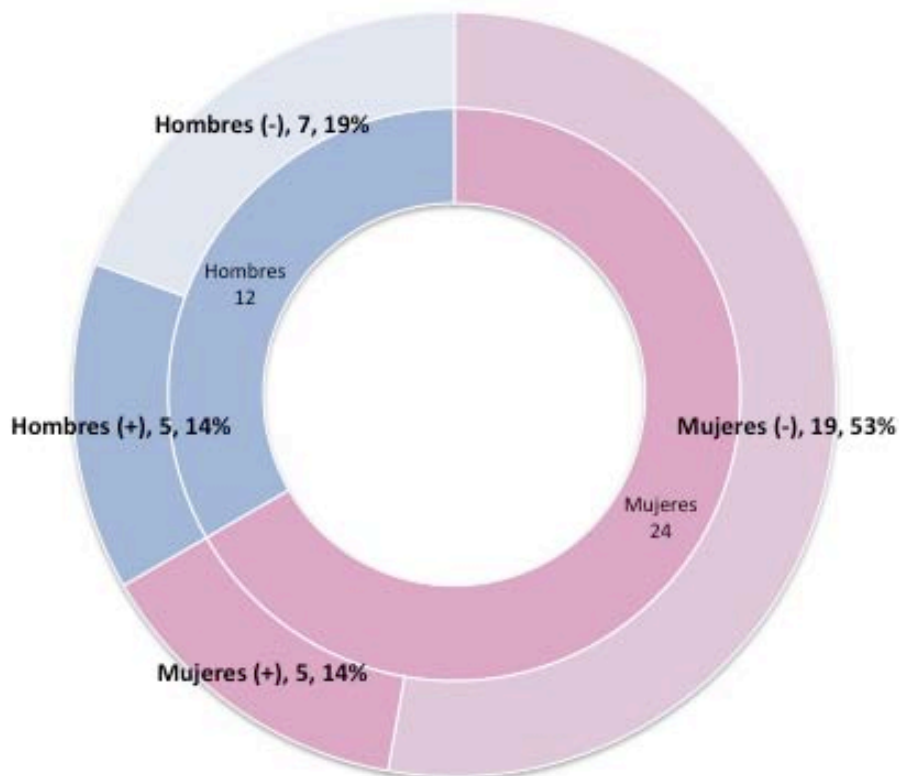


Gráfica 8. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 5 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “6. Siento como si no controlara mi vida” se obtuvo 10 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 evaluadas mujeres, corresponden 5 puntos (14%) positivos, y 19 evaluaciones negativas para presentar deterioro (53%); para los 12 hombres evaluados corresponden 5 puntos (14%) positivos, y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (19%) (Grafica 9).

6. Siento como si no controlara mi vida

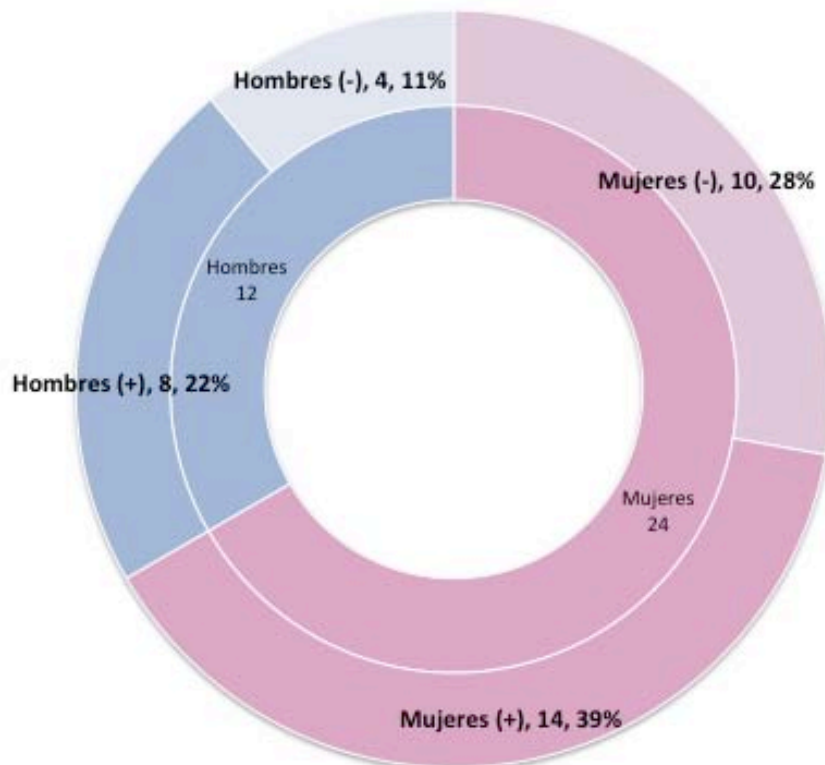


Gráfica 9. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 6 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “7. Me cuesta salir de casa” se obtuvo 22 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 14 puntos (39%) positivas, y 10 evaluaciones negativas para presentar deterioro (28%); para los 12 hombres evaluados corresponden 8 puntos (22%) positivos, y 4 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (14%) (Grafica 10).

7. Me cuesta salir de casa

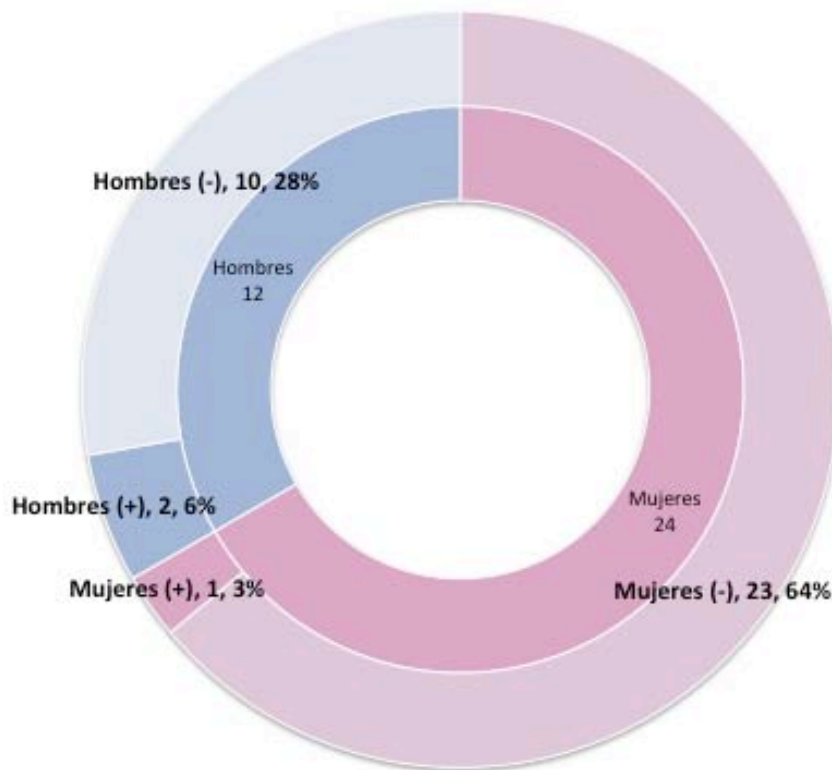


Gráfica 10. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 7 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “8. En general, disfruto con lo que hago” se obtuvo 3 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 1 puntos (3%) positivas, y 23 evaluaciones negativas para presentar deterioro (64%); para los 12 hombres evaluados corresponden 2 puntos (6%) positivos, y 10 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (28%) (Grafica 11).

8. En general, disfruto con lo que hago

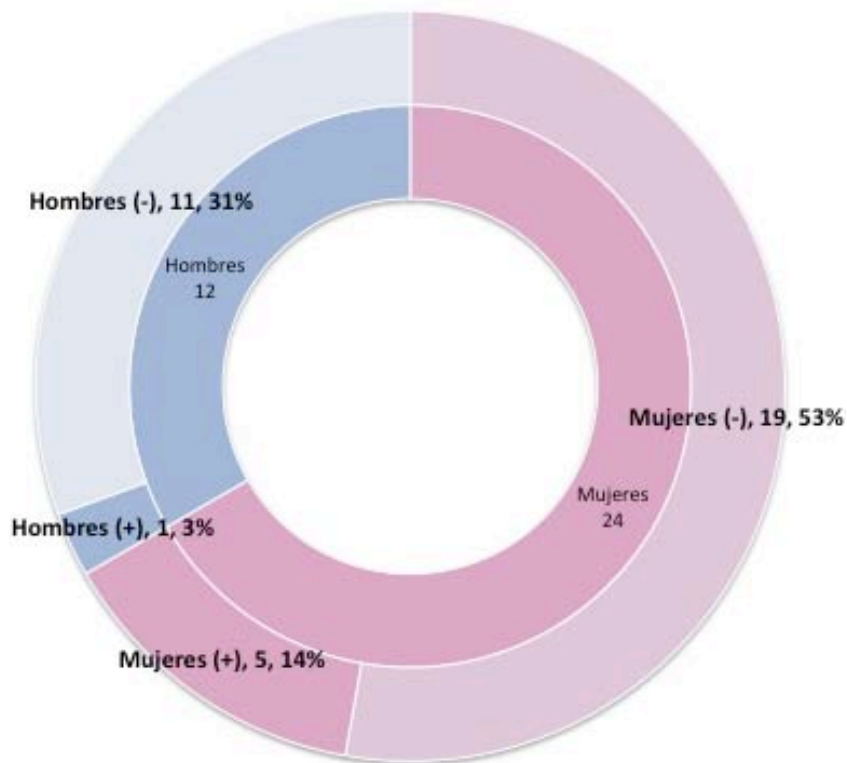


Gráfica 11. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 8 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “9. Le he perdido el gusto a la vida” se obtuvo 6 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 5 puntos (14%) positivas, y 19 evaluaciones negativas para presentar deterioro (53%); para los 12 hombres evaluados corresponden 1 punto (3%) positivo, y 11 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (31%) (Grafica 12).

9. Le he perdido el gusto a la vida

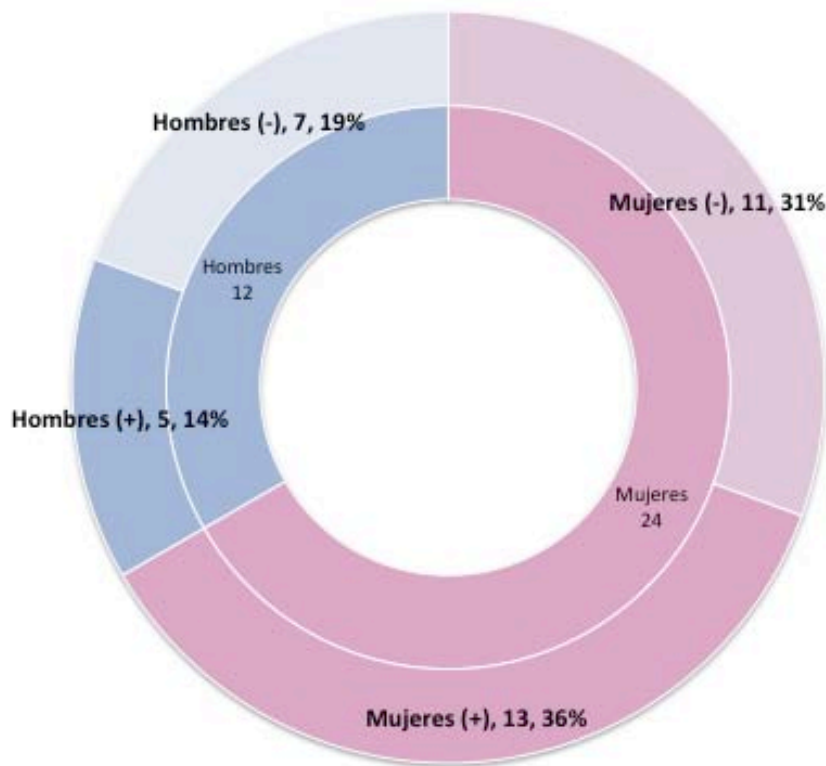


Gráfica 12. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 9 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “10. Siento que no apporto nada a los demás” se obtuvo 18 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 13 puntos (36%) positivas, y 11 evaluaciones negativas para presentar deterioro (31%); para los 12 hombres evaluados corresponden 5 puntos (14%) positivos, y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (19%) (Grafica 13).

10. Siento que no apporto nada a los demás

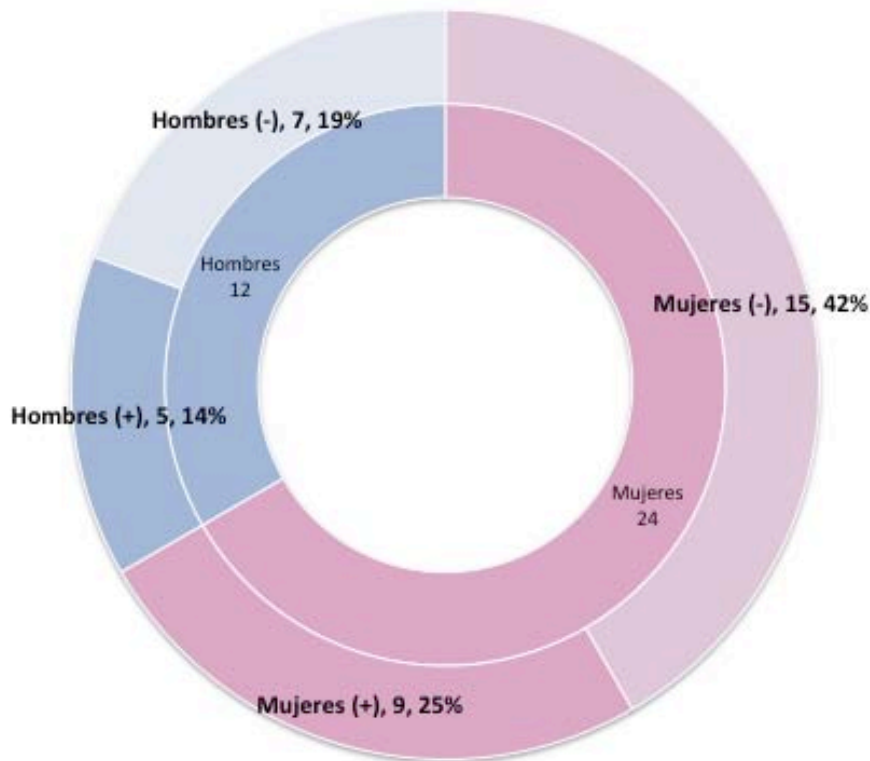


Gráfica 13. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 10 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “11. No puedo abrirme a la gente que quiero” se obtuvo 14 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 9 puntos (25%) positivas, y 15 evaluaciones negativas para presentar deterioro (42%); para los 12 hombres evaluados corresponden 5 puntos (14%) positivos y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (19%) (Grafica 14).

11. No puedo abrirme a la gente que quiero

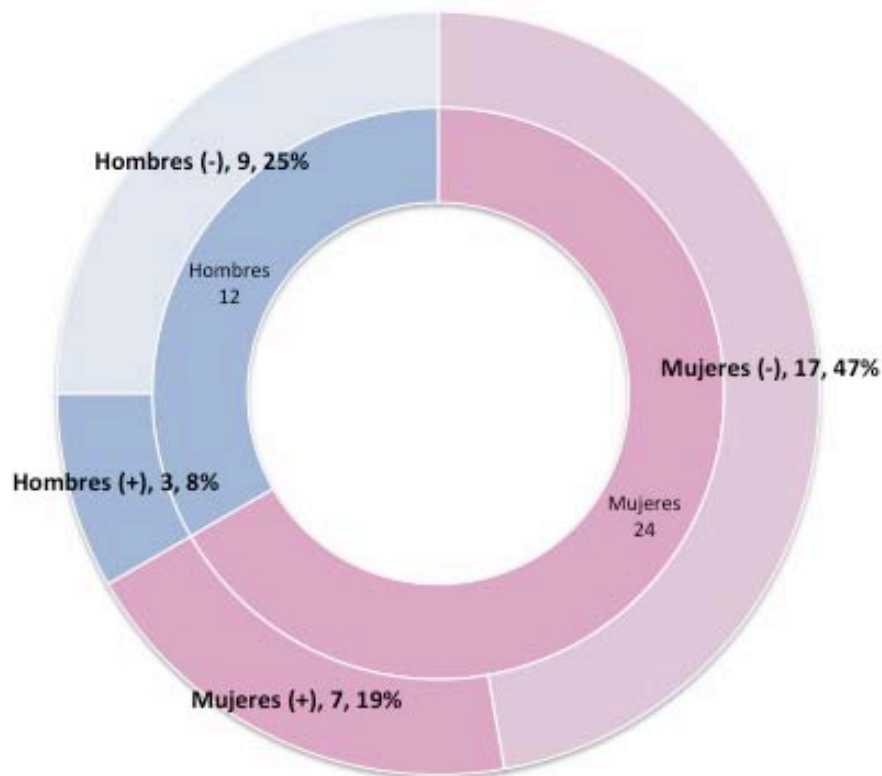


Gráfica 14. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 11 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “12. Atiendo mis necesidades (aseo, alimentación, descanso, etc.)” se obtuvo 10 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 7 puntos (19%) positivas, y 17 evaluaciones negativas para presentar deterioro (47%); para los 12 hombres evaluados corresponden 3 puntos (8%) positivos y 9 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (25%) (Gráfica 15).

12. Atiendo mis necesidades (aseo, alimentación, descanso, etc.)

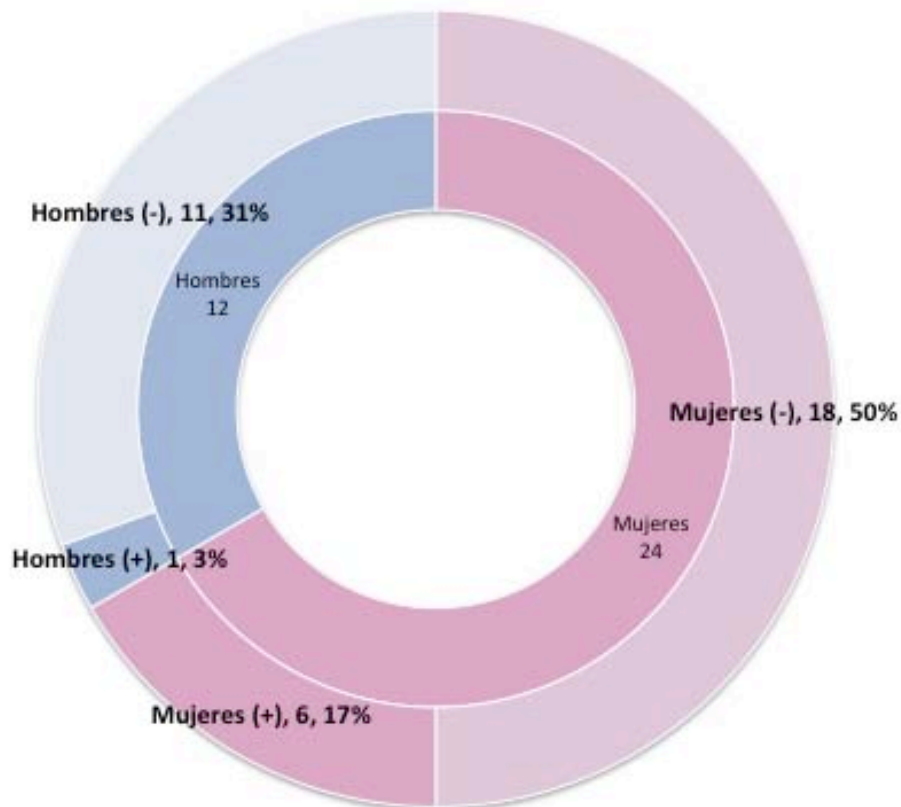


Gráfica 15. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 12 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “13. Soy capaz de pensar en el futuro” se obtuvo 7 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 6 puntos (17%) positivas, y 18 evaluaciones negativas para presentar deterioro (50%); para los 12 hombres evaluados corresponde 1 punto (3%) positivo y 11 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (31%) (Grafica 16).

13. Soy capaz de pensar en el futuro

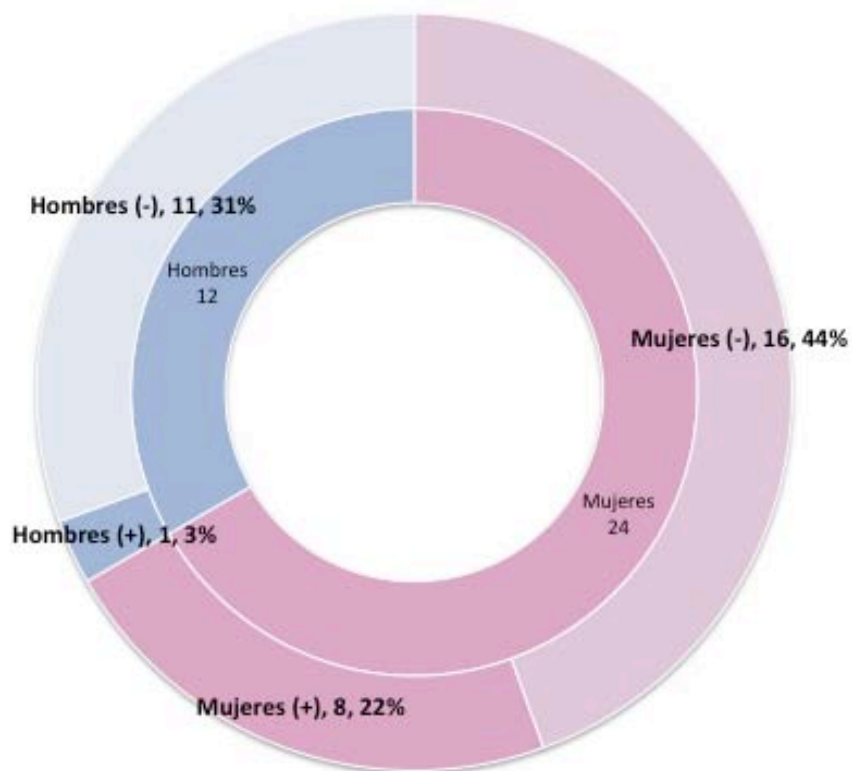


Gráfica 16. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 13 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “14. Sólo quiero pasar desapercibido/a” se obtuvo 9 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 8 puntos (22%) positivas, y 16 evaluaciones negativas para presentar deterioro (44%); para los 12 hombres evaluados corresponde 1 punto (3%) positivo y 11 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (31%) (Grafica 17).

14. Sólo quiero pasar desapercibido/a

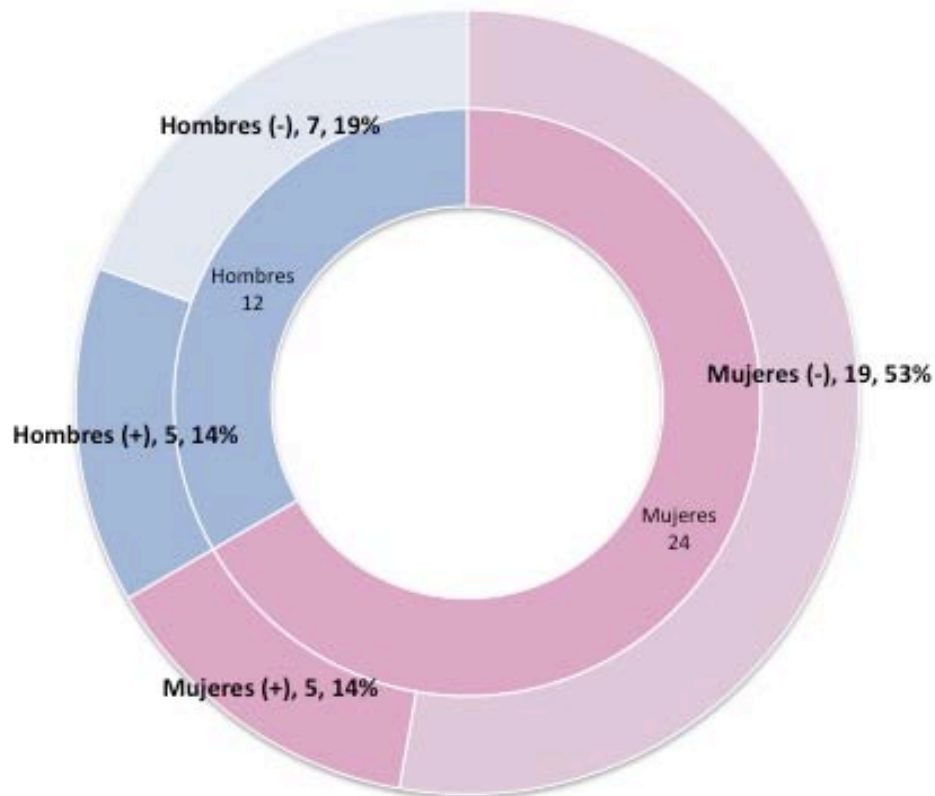


Gráfica 17. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 14 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “15. Hay cosas que me ilusionan” se obtuvo 10 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 5 puntos (14%) positivas, y 19 evaluaciones negativas para presentar deterioro (53%); para los 12 hombres evaluados corresponden 5 puntos (14%) positivos, y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (19%) (Grafica 18).

15. Hay cosas que me ilusionan

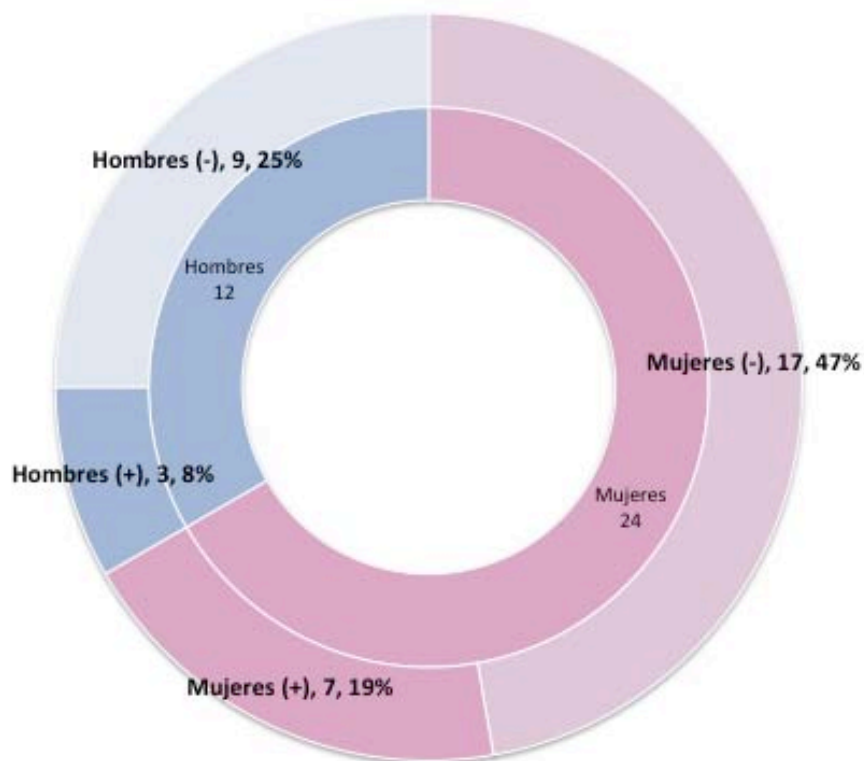


Gráfica 18. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 15 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “16. Ya no me divierte nada” se obtuvo 10 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 7 puntos (19%) positivas, y 17 evaluaciones negativas para presentar deterioro (47%); para los 12 hombres evaluados corresponden 3 puntos (8%) positivos, y 9 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (25%) (Grafica 19).

16. Ya no me divierte nada

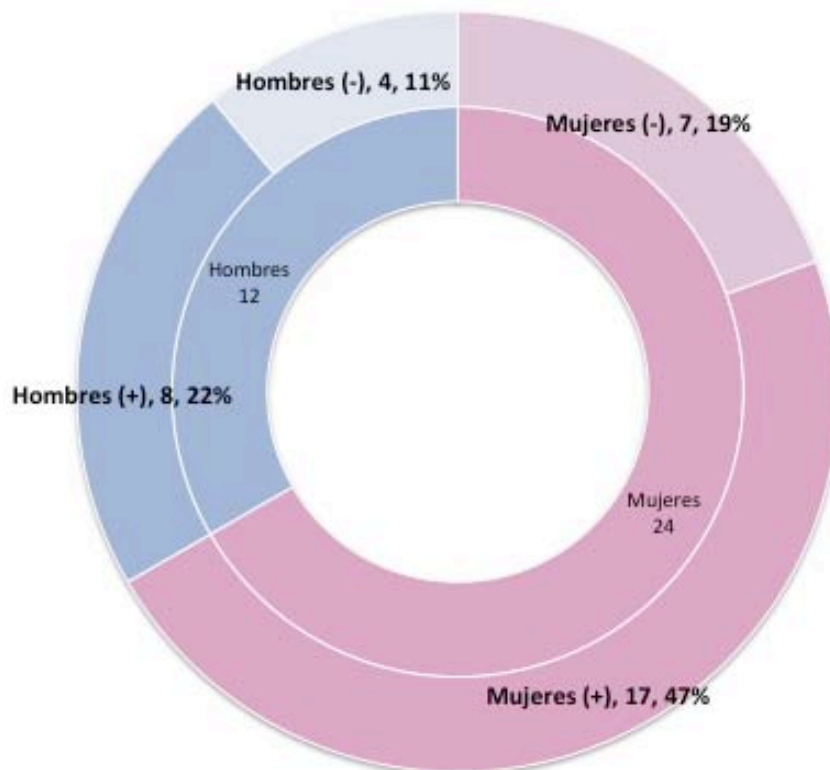


Gráfica19. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 16 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “17. No me ocupo de mis amigos” se obtuvo 25 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 17 puntos (47%) positivas, y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro (19%); para los 12 hombres evaluados corresponden 8 puntos (22%) positivos, y 4 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (11%) (Grafica 20).

17. No me ocupo de mis amigos

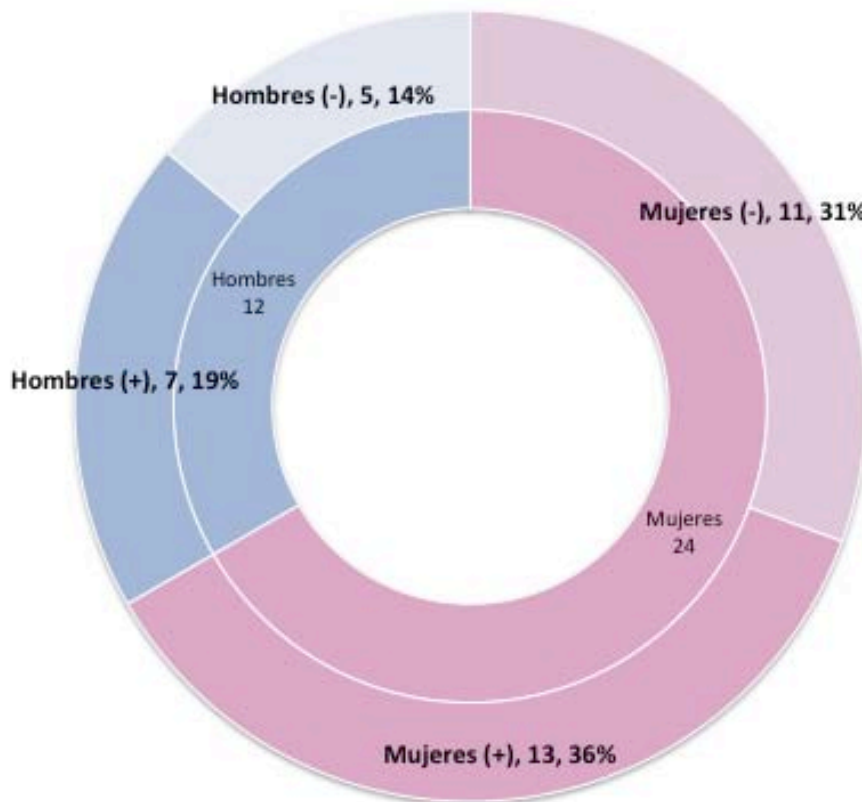


Gráfica 20. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 17 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “18. No me cuesta hacer mis tareas diarias” se obtuvo 20 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 13 puntos (36%) positivas, y 11 evaluaciones negativas para presentar deterioro (31%); para los 12 hombres evaluados corresponden 7 puntos (19%) positivos y 5 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (14%) (Grafica 21).

18. No me cuesta hacer mis tareas diarias

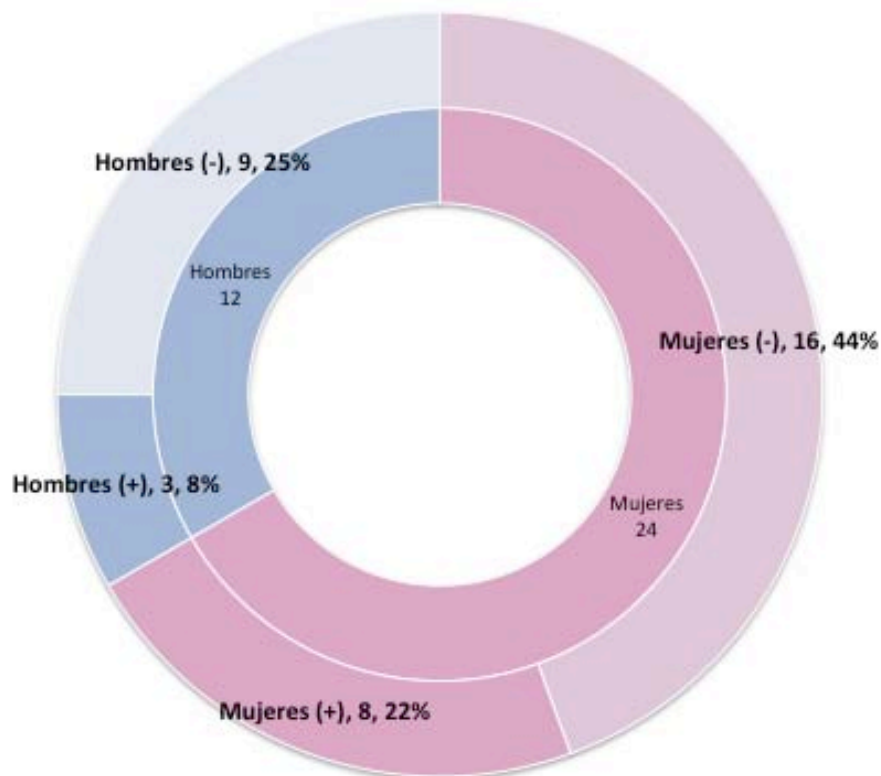


Gráfica 21. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 18 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “19. Me aísto de la gente” se obtuvo 11 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 8 puntos (22%) positivas, y 16 evaluaciones negativas para presentar deterioro (44%); para los 12 hombres evaluados corresponden 3 puntos (8%) positivos y 9 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (25%) (Grafica 22).

19. Me aísto de la gente

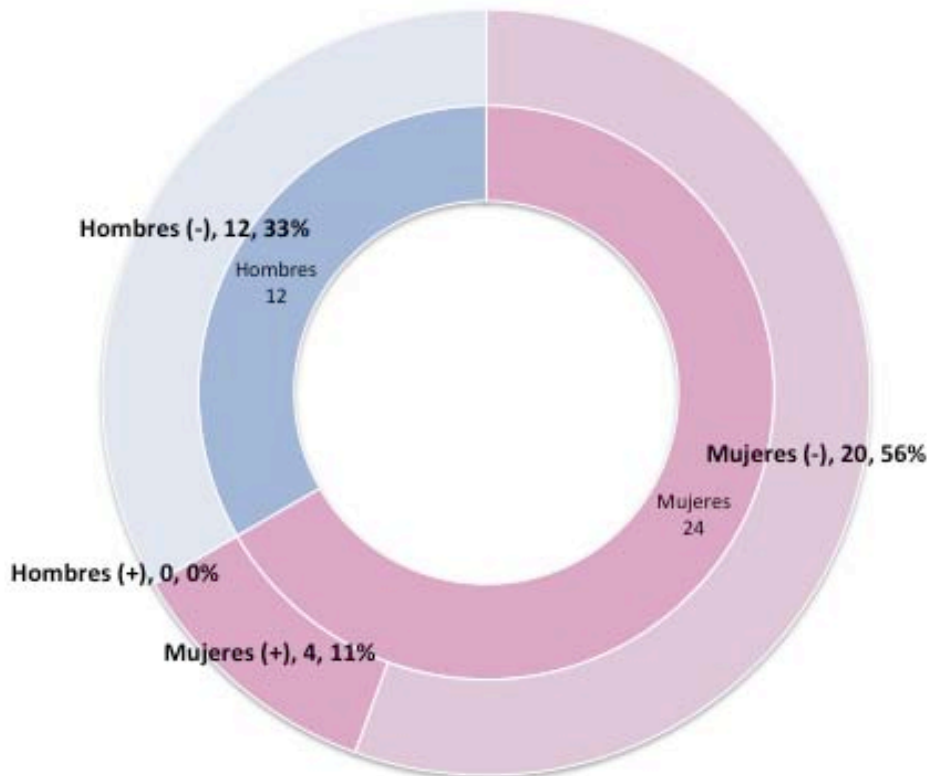


Gráfica 22. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 19 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “20. Me cuesta decidir hasta en lo más sencillo” se obtuvo 4 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden a los 4 puntos (11%) positivos, y 20 evaluaciones negativas para presentar deterioro (56%); para los 12 hombres evaluados corresponden cero puntos (0%) positivos y las 12 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (33%) (Grafica 23).

20. Me cuesta decidir hasta en lo más sencillo

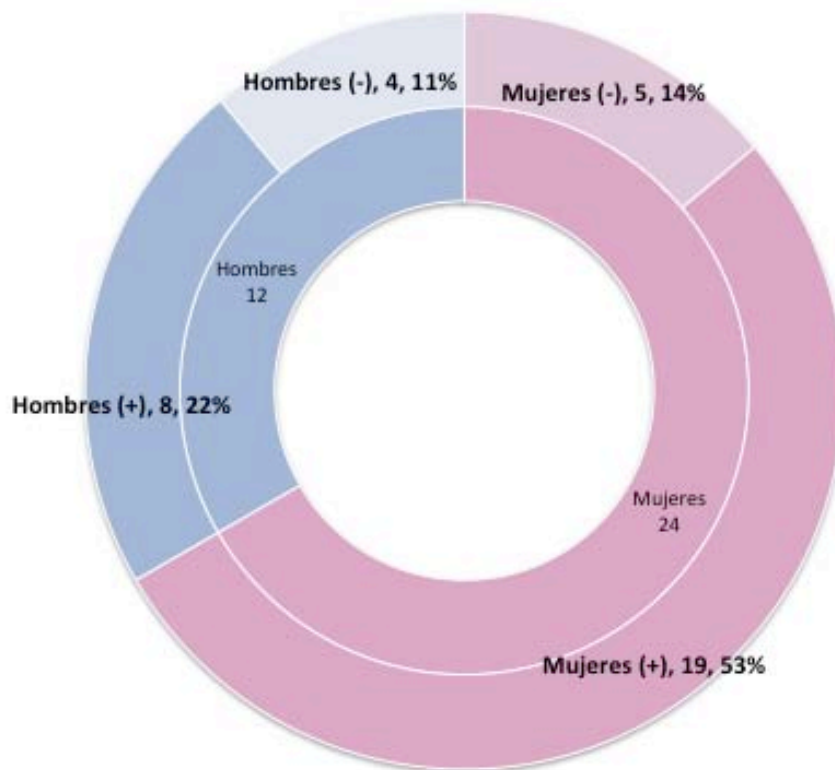


Gráfica 23. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 20 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “21. Me siento una carga para los demás” se obtuvo 27 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 19 puntos (53%) positivas, y 5 evaluaciones negativas para presentar deterioro (14%); para los 12 hombres evaluados corresponden 8 puntos (22%) positivos y 4 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (11%) (Grafica 24).

21. Me siento una carga para los demás

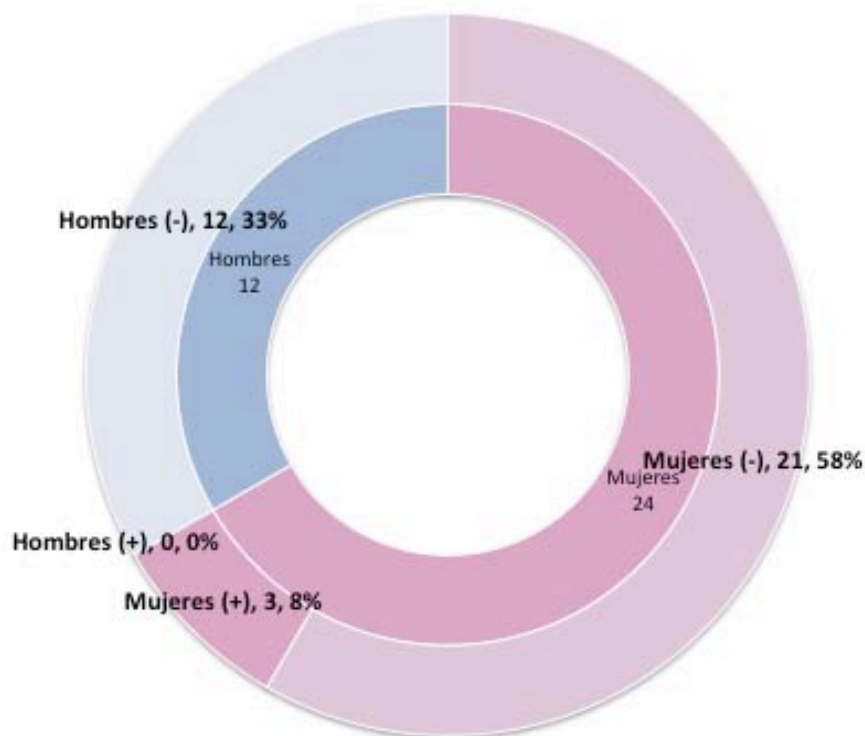


Gráfica 24. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 21 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “22. La mayor parte del tiempo estoy como ausente, con la mirada perdida” se obtuvo 3 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden los 3 puntos (8%) positivos, y 21 evaluaciones negativas para presentar deterioro (58%); para los 12 hombres evaluados corresponden cero puntos (0%) positivos y las 12 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (33%) (Grafica 25).

22. La mayor parte del tiempo estoy como ausente, con la mirada perdida

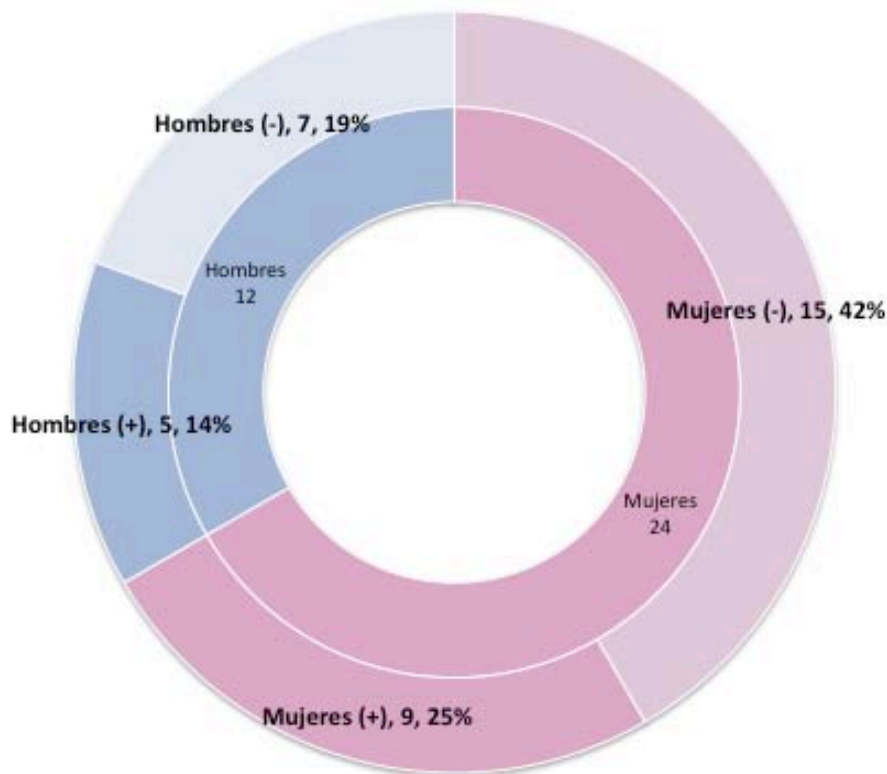


Gráfica 25. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 22 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “23. Me cuesta el trato con los demás” se obtuvo 14 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 9 puntos (25%) positivas, y 15 evaluaciones negativas para presentar deterioro (42%); para los 12 hombres evaluados corresponden 5 puntos (14%) positivos, y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (19%) (Grafica 26).

23. Me cuesta el trato con los demás

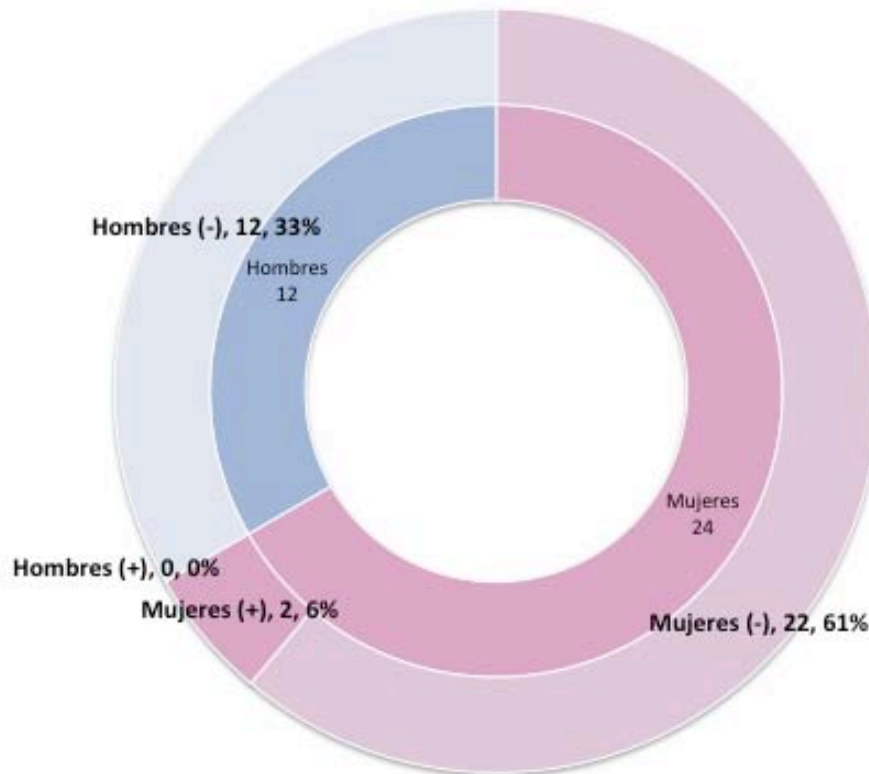


Gráfica 26. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 23 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “24. Me encierro en mí mismo/a” se obtuvo 2 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden los 2 puntos (6%) positivas, y 22 evaluaciones negativas para presentar deterioro (61%); para los 12 hombres evaluados corresponden 7 puntos (19%) positivos y 5 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (14%) (Grafica 27).

24. Me encierro en mí mismo/a

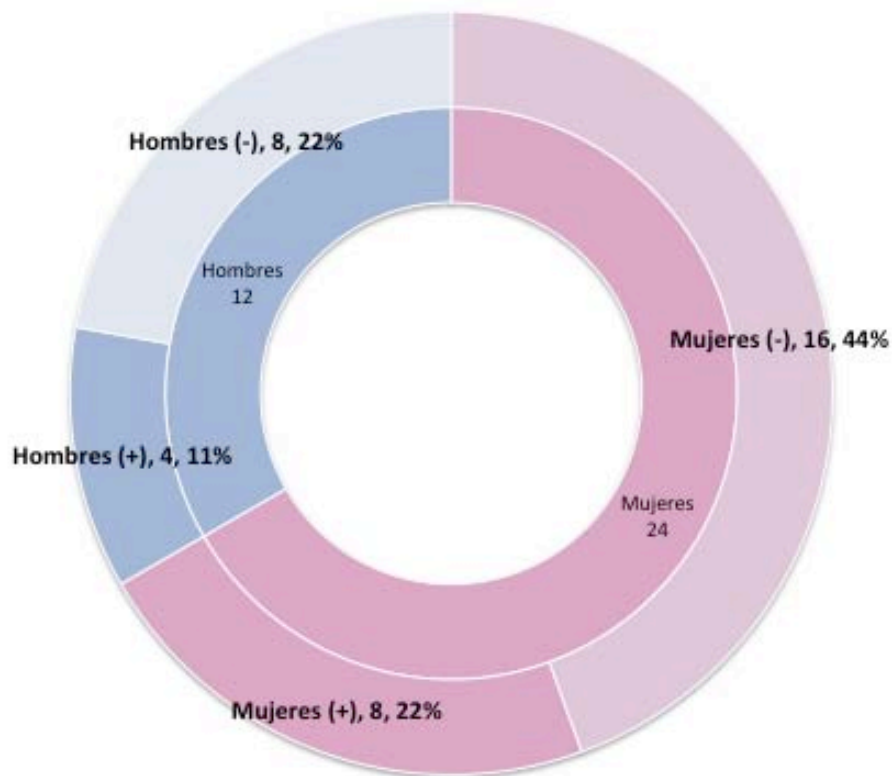


Gráfica 27. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 24 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “25. Descuido mi aspecto” se obtuvo 12 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 8 puntos (22%) positivas, y 16 evaluaciones negativas para presentar deterioro (44%); para los 12 hombres evaluados corresponden 4 puntos (11%) positivos, y 8 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (22%) (Grafica 28).

25. Descuido mi aspecto

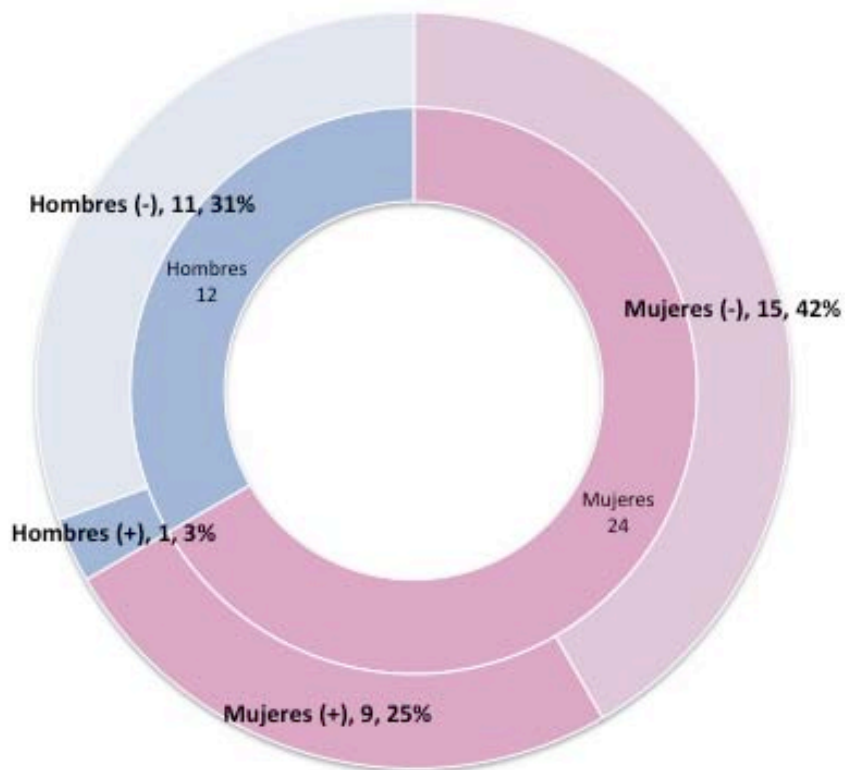


Gráfica 28. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 25 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “26. Puedo ver el lado divertido de las cosas” se obtuvo 10 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 9 puntos (25%) positivas, y 15 evaluaciones negativas para presentar deterioro (42%); para los 12 hombres evaluados corresponde 1 punto (3%) positivo, y 11 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (31%) (Grafica 29).

26. Puedo ver el lado divertido de las cosas

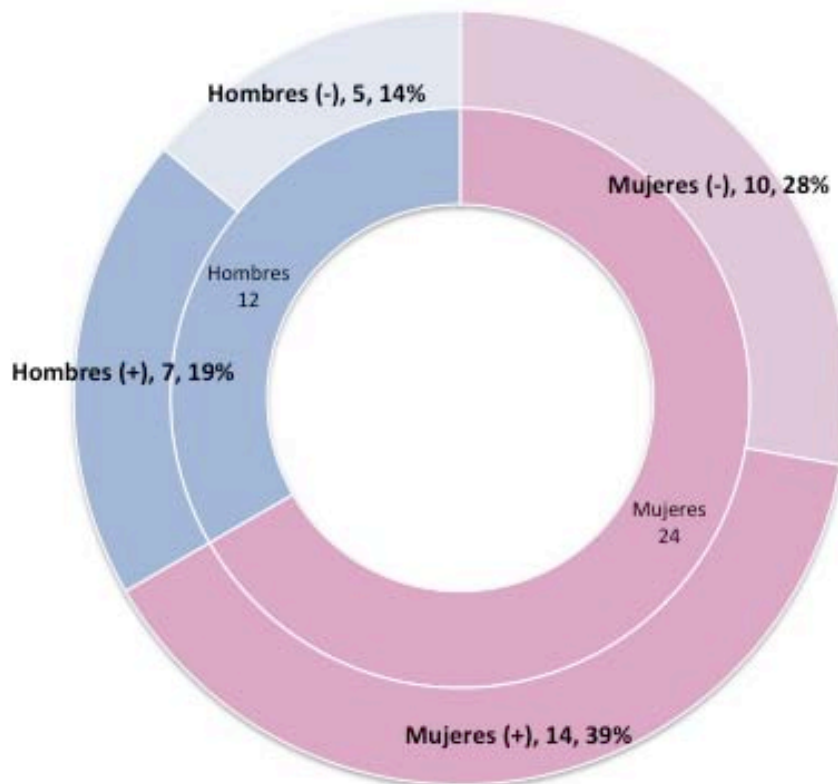


Gráfica 29. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 26 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “27. No me entero de lo que me dice la gente” se obtuvo 21 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 14 puntos (39%) positivas, y 10 evaluaciones negativas para presentar deterioro (28%); para los 12 hombres evaluados corresponden 7 puntos (19%) positivos y 5 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (14%) (Grafica 30).

27. No me entero de lo que me dice la gente

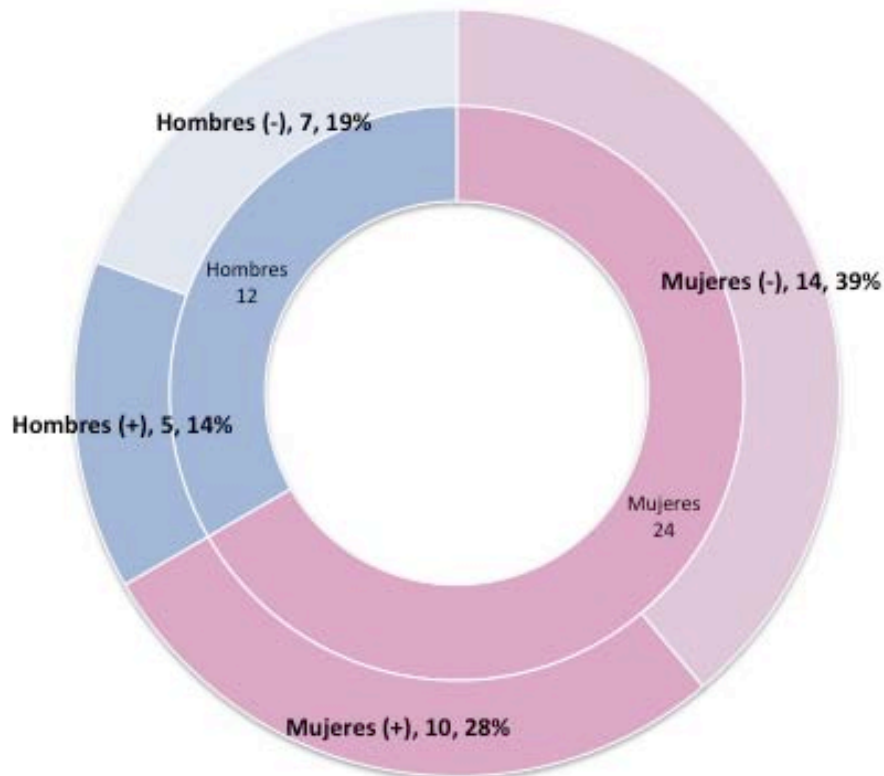


Gráfica 30. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 27 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “28. Creo que decepciono a todo el mundo” se obtuvo 15 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 10 puntos (28%) positivas, y 14 evaluaciones negativas para presentar deterioro (39%); para los 12 hombres evaluados corresponden 4 puntos (14%) positivos y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (19%) (Grafica 31).

28. Creo que decepciono a todo el mundo

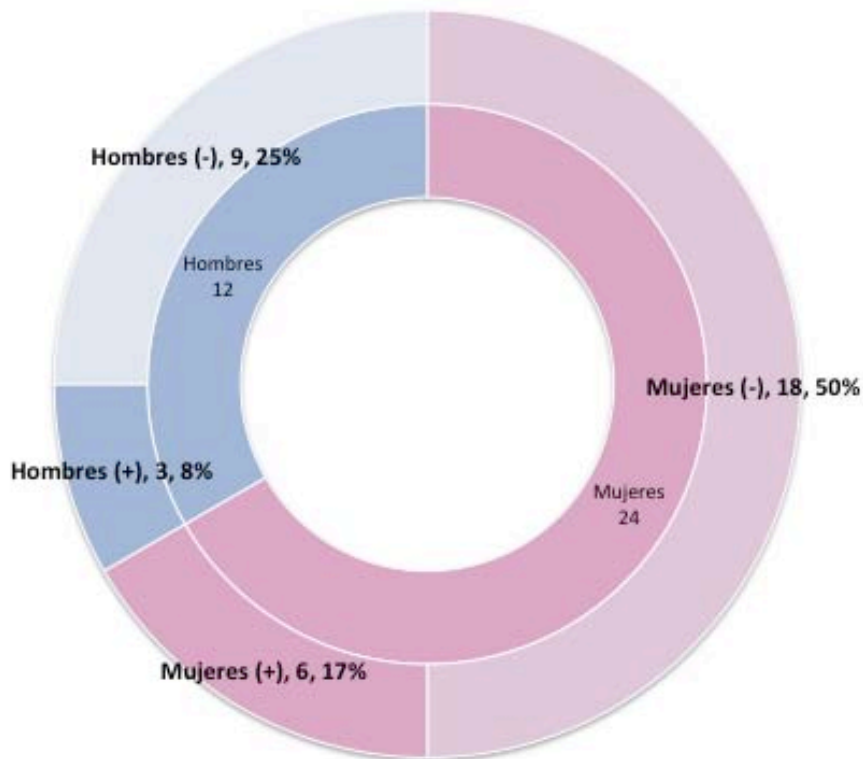


Gráfica 31. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 28 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “29. Me agobia cada nuevo día” se obtuvo 9 puntos” para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 6 puntos (17%) positivas, y 18 evaluaciones negativas para presentar deterioro (50%); para los 12 hombres evaluados corresponden 3 puntos (8%) positivos y 9 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (25%) (Grafica 32).

29. Me agobia cada nuevo día

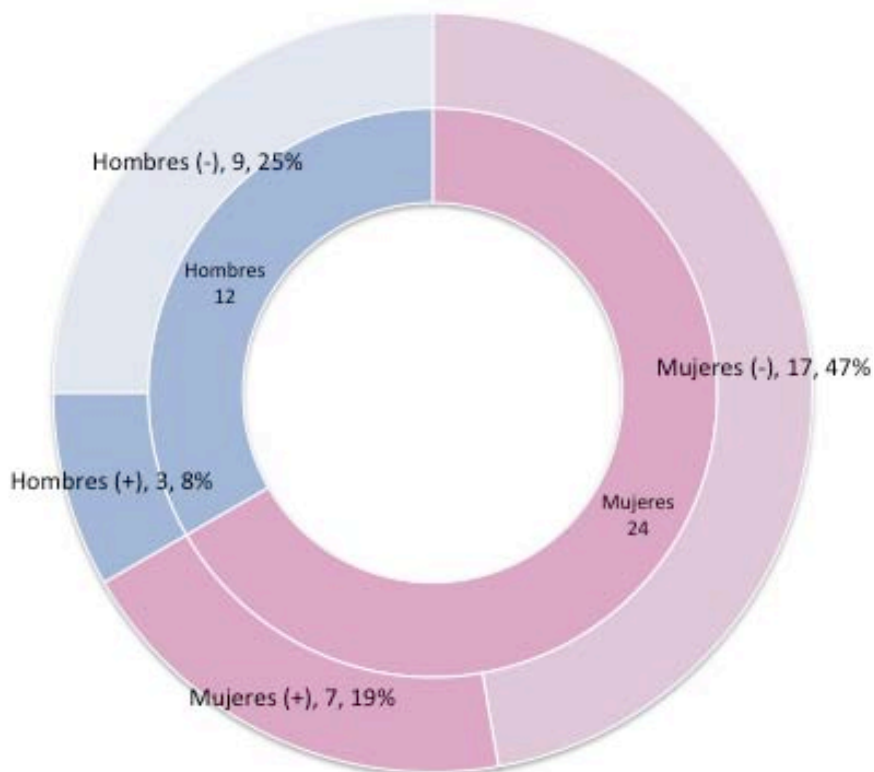


Gráfica 32. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 29 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “30. Disfruto de la comida” se obtuvo 10 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 7 puntos (19%) positivas, y 17 evaluaciones negativas para presentar deterioro (47%); para los 12 hombres evaluados corresponden 3 puntos (19%) positivos y 9 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (25%) (Grafica 33).

30. Disfruto de la comida

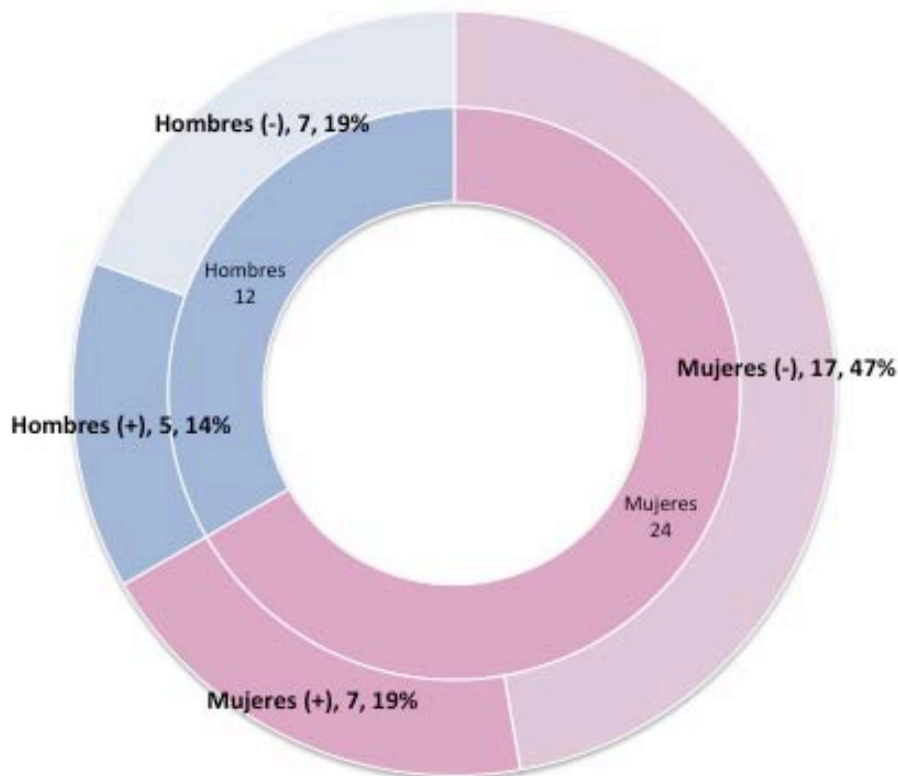


Gráfica 33. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 30 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “31. Trato de evitar a la gente” se obtuvo 12 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 7 puntos (19%) positivas, y 17 evaluaciones negativas para presentar deterioro (47%); para los 12 hombres evaluados corresponden 5 puntos (14%) positivos y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (19%) (Grafica 34).

31. Trato de evitar a la gente

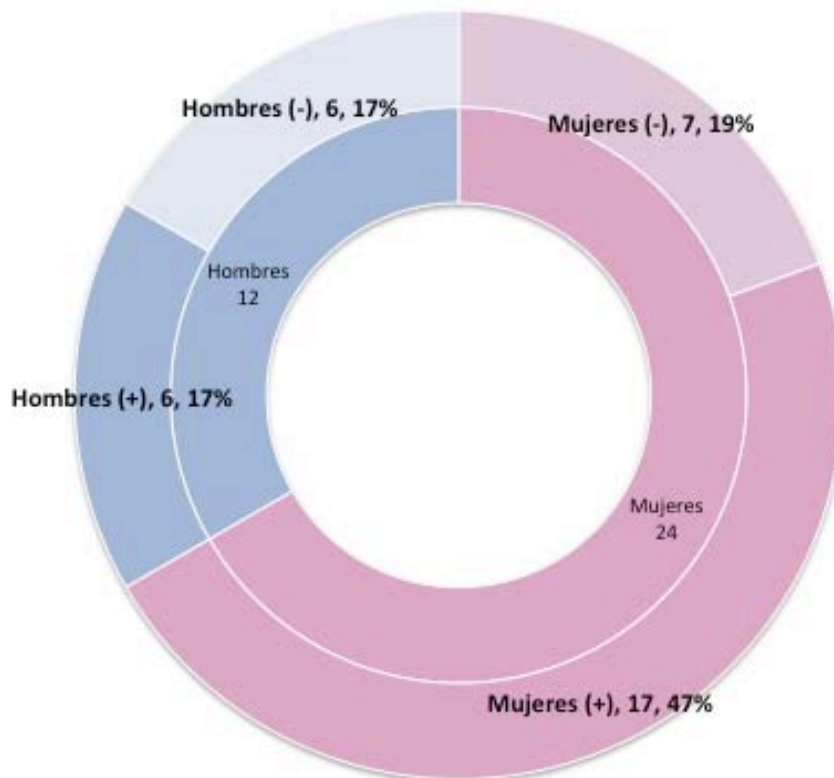


Gráfica 34. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 31 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta” se obtuvo 23 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 17 puntos (47%) positivas, y 7 evaluaciones negativas para presentar deterioro (19%); para los 12 hombres evaluados corresponden 6 puntos (17%) positivos y 6 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (17%) (Gráfica 35).

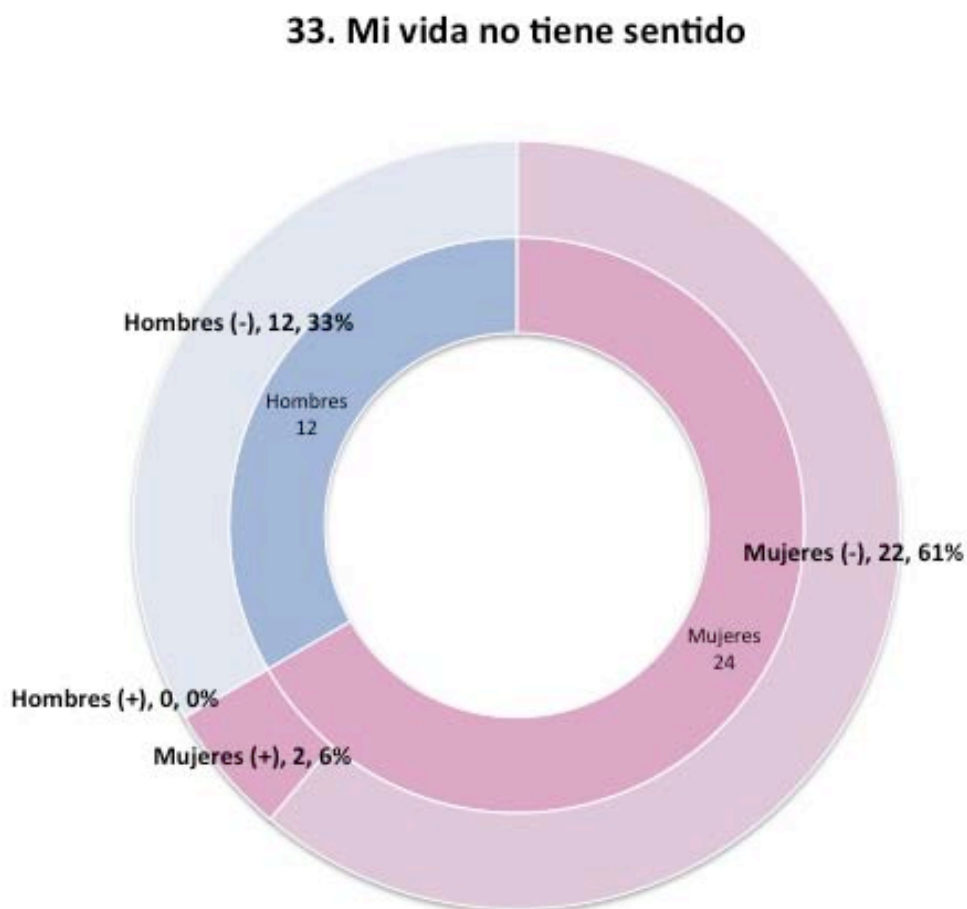
32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta



Gráfica 35. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 32 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “33. Mi vida no tiene sentido” se obtuvo 2 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 2 puntos (6%) positivas, y 22 evaluaciones negativas para presentar deterioro (61%); para los 12 hombres evaluados corresponden cero puntos (0%) positivos y 12 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (33%) (Grafica 36).

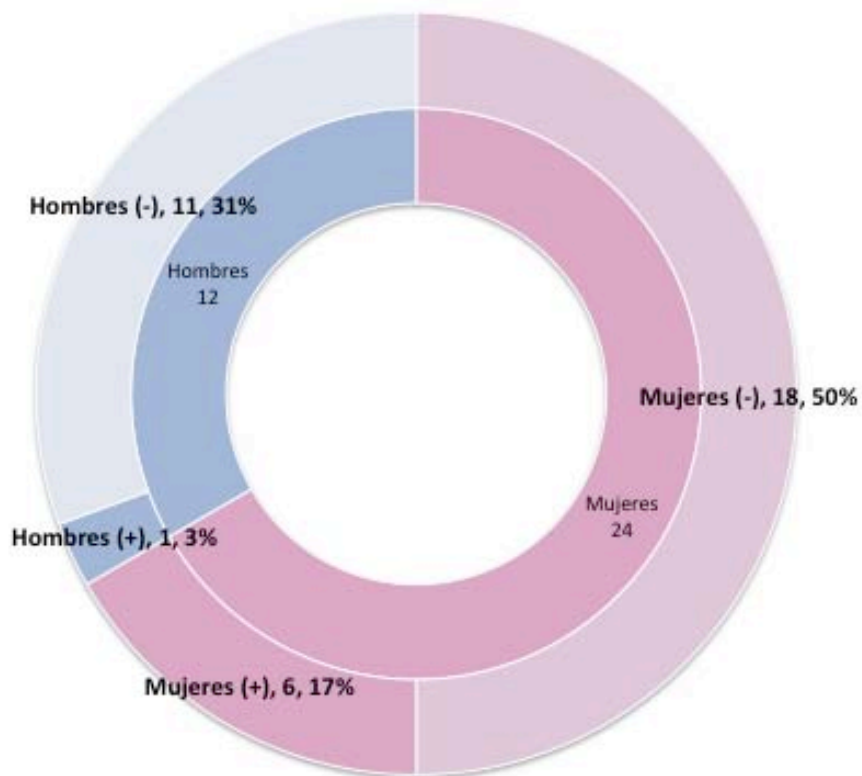


Gráfica 36. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 33 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

En el ítem “34. Soy capaz de afrontar los problemas cotidianos” se obtuvo 7 puntos, para deterioro de calidad de vida, de las 24 mujeres evaluadas, corresponden 6 puntos (17%) positivas, y 18 evaluaciones negativas para presentar deterioro (50%); para los 12 hombres evaluados corresponde 1 punto (3%) positivo y 11 evaluaciones negativas para presentar deterioro de la calidad de vida (31%) (Grafica 37).

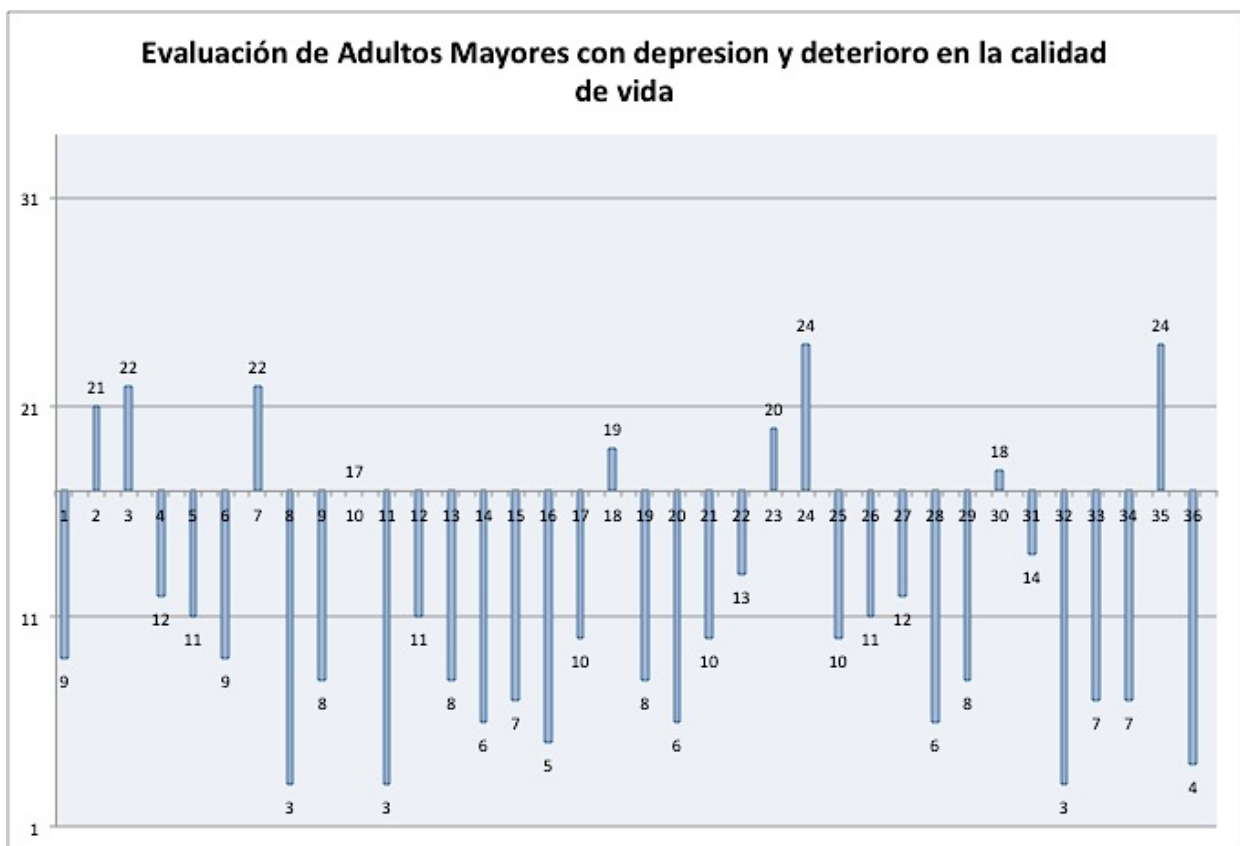
34. Soy capaz de afrontar los problemas cotidianos



Gráfica 37. Relación de los voluntarios de acuerdo a la puntuación en el ítem 34 que determina deterioro en la calidad de vida, por género.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

Para el análisis global, el cuestionario de evaluación este comprende, que entre mayor puntaje mayor deterioro en la calidad del paciente con depresión, en general los datos obtenidos se observan en la grafica 38, en donde 8 pacientes obtuvieron un puntaje por encima de la media de 17 puntos; ningún paciente obtuvo los 34 puntos, el mayor puntaje obtenido fue 24 puntos en dos pacientes; tampoco ningún paciente obtuvo cero puntos, el menor puntaje fue de tres.



Gráfica 38. Puntuación de los voluntarios de acuerdo a la Evaluación QLDS que determina deterioro en la calidad de vida.

FUENTE: Encuesta QLDS aplicada de Ene-Jul 2015

Sin embargo de la población adulta mayor que se evaluó, se puede observar que los ítems con mayor puntaje fueron “7. Me cuesta salir de casa” con 22 puntos, el ítem “17. No me ocupo de mis amigos” con 25 puntos , el ítem “21. Me siento una carga para los demás” con 27 puntos siendo el mas alto puntaje de todo el estudio, y por ultimo el ítem “32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta” con 23 puntos, lo que nos traduce, que a pesar de que la evaluación no mostro un deterioro marcado en la calidad de vida, de los participantes si hay áreas especificas como el social, y la percepción que tienen de si mismos dentro de la familia. (grafica 3).

7. Discusión.

En este estudio se encontró el predominó el sexo femenino con un 67 % y este resultado es compatible con lo reportado por Castillo Q.J. y cols,¹⁰ y Galvan P.¹² son dos veces mayores que las de los hombres, esto puede ser debido a que las mujeres son las que más acuden a consulta, en comparación con los hombres que resultaron con un 33%, lo que nos puede reflejar la poca asistencia para el cuidado de su salud; o con cuerda con lo que reporta Boschetti F.B.²³ en cuanto que las mujeres tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales en comparación con los hombres, lo cual puede incidir en que se detecte mas en mujeres . Vega-Rivera²², concluye en su estudio de la relación de los estrógenos con la depresión, que la ausencia de estrógenos por el proceso de envejecimiento no solo afecta la conducta, si no también a la neurogenesis hipocampica de la depresión.

Menciona Boschetti F.B.²³, que el factor que predispone a la mujer, es su propio rol -tal como esta establecida en nuestra cultura, que se condicionan a sentir y ser de determinada manera que la provee de mecanismos psíquicos que la hacen las vulnerable al estrés- y que seria el mayor riesgo para presentar depresión. Concuerdia Sanchez-García et al, al reconocer que la influencia cultural en la expresión de los síntomas clínicamente significativos, es mayor en las mujeres, ya que presentan mayor frecuencia de síntomas depresivos.

Para el rango de edad para la presentación de la enfermedad no es lo mas frecuente de acuerdo Nori y Caballero ³, Berenzon y cols. ⁷ reportaron lo mas frecuente en la presentación de la depresión es en la cuarta década de vida, sin embargo de acuerdo a Zavala y cols.⁵⁴, la demografía en México este grupo etario va en incremento, como lo encontrando en este estudio, una media en edad a 66 años. Y Boschetti F.B.²³,

Entonces cuando se considera solo a los adultos mayores dentro de la patología se reporta por Riquelme y cols. ¹⁶ donde la depresión constituye uno de los principales problemas de salud en población gerontológica.

Para la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores con depresión en México no hay literatura reportada, por tal no podemos comparar este dato preciso que avalen este hecho, se engloba esta percepción de calidad de vida en pacientes con depresión en todos los grupos etarios, como lo reporta Benítez M. ⁴³ al ser una interacción armónica entre su estado físico y su estado mental reflejado en su funcionalidad, se integra con lo reportado por González C. Y Rangel A. ⁵⁶, donde los adultos mayores integran muchos factores de riesgo para disminuir su calidad de vida, las mas mencionadas, las alteraciones cognitivas como los trastornos de la atención, del aprendizaje y sobre todo, trastornos de la memoria, dificultan el diagnostico diferencias, y se asocia al mal pronostico para depresión; mas el binomio del proceso de envejecimiento en un medio social que margina al adulto mayor de acuerdo a estudios de la Secretaria de desarrollo social⁴², colocan al adulto mayor con una percepción de autoestima en decadencia, con lo que se observa en este estudio donde los ítems con mayor puntaje fueron aquellos que evaluaban el deseo de salir de casa, donde se explora las relaciones con amigos, y con mayor impacto el ítem que explora su percepción en auto estima, sintiéndose una caga para las personas que les rodea, y estos datos son compatibles con lo reportado por Benítez M.J. ⁴³

8. Conclusiones

Se concluye que los usuarios de la clínica de consulta externa Naucalpan, adultos mayores con depresión, no presentan un deterioro en la calidad de vida de acuerdo a la Escala de Calidad de Vida para Depresión (QLDS) ya que ningún paciente obtuvo los 34 puntos, sin embargo se obtuvo un 5.5% con un alto puntaje (24puntos) y un 22% que presentan un puntaje por encima de la media, el promedio de edad de 66 años; fue condicionante ya que a mayor edad se presenta un declive funcional propiciados a los cambios inherentes a su edad, aunado a mayores patologías que pueden agravar esta percepción de calidad de vida

Por lo que respecta a la aportación de este estudio en cuanto a la percepción del paciente geriátrico en su calidad de vida, es un aspecto personal difícil de cuantificar de manera objetiva, la evaluación da un panorama general de cómo se asume el paciente con depresión y que tan capacitado se percibe para las actividades diarias.

Sin embargo este estudio arrojó áreas importantes que abordar como médicos familiares de primer contacto, que el paciente geriátrico con depresión presenta, que no es exclusivo del las mujeres, por que si bien es mas frecuente, no se debe dar por sentado que en los hombres no se presenta.

Lograr identificar los factores de riesgo por el grupo de edad, que además la transición demográfica nos obliga a tener presente este grupo etario tan vulnerable; y así prevenir y orientar a la familia sobre los cambios que esperados; y sobre todo dar un seguimiento tanto a las enfermedades crónicas como a las que se presentan por el curso natural del envejecimiento; referir al paciente cuando sea necesario a un segundo nivel de atención, para que estas no mermen la calidad de vida; en pocas palabras, ofrecer un manejo integral, tomando como pilares importantes, a las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, para su re integración como parte activa, funcional y productiva dentro de su familia y de la sociedad.

Para lograrlo es necesario que los médicos de atención primaria estén mejor capacitados en este grupo de edad, y que cuenten con herramientas de detección que expongan el deterioro que viven los adultos mayores sobre su calidad de vida.

9. Bibliografía:

1. Guía de Práctica clínica GPC diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. IMSS-194-actualización 2011:8-50
2. San Molina L., Montes R. J., Caballero M.F., Álvarez L.F., García M.M. Síntomas depresivos relacionados con la alteración de los ritmos circadianos. Concordancia entre la percepción de médicos y pacientes sobre prevalencia, impacto y su respuesta a los fármacos antidepresivos actuales. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona 2011;4(1):19-27
3. Mori N., Caballero J. Historia Natural de la Depresión. Revista Perú Epidemiología. 2010; 14(2):5pp.
4. Vaz L.F., Rodríguez S.L., García H.A., Chimpén L.C., Rojo M.L., Beato F.L., Ramos F.M. Papel de la depresión y la impulsividad en la psicopatología de la bulimia nerviosa. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona España. 2013 3(6):1-7
5. Artigas F. ¿Antidepresivos Glutaminérgicos? Las sorprendentes propiedades antidepresivas de la ketamina. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Barcelona España. 2011; 4(4):183-186
6. Aragonés E., Caballero A., Lluís P.J. Modelo INDI. Una propuesta eficaz para mejorar los resultados clínicos de la depresión en atención primaria. Revista de Atención Primaria. 2015; 45(4):179-180
7. Berenzon S., Lara M.A., Robles R., Medina M.M. Depresión: estado del conocimiento y las necesidades de políticas públicas y planes de acción en México. Revista de Salud Pública de México. Ene-Feb 2013; 55(1): 74-80
8. Carrillo T.M., Valdez G.N., Domínguez S.M., Marín F.S. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. Revista Universitaria de Salud. México 2010 Sept; 6(12):4-10
9. Federación Mundial de la Salud Mental. Depresión: lo que sabes, puede ayudarte. Perspectivas Internacionales sobre la depresión. 1ª Edición Woodbridge E.E. U.U. 2010:6-27

10. Castillo Q.J., Barrera B.D., Pérez O.J., Álvarez C.F., depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. *Revista Neurología* 2010; 1(6):347-359
11. Díaz V. B., González G.C.. Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana Psiquiatría*. 2012; 11(3): 106-115
12. Galván P, Fernández E, Fonseca J. Síntomas residuales en el anciano con depresión. *Revista Semergen*. 2011; 38(5):285-291
13. Heinze M.G., Camacho S.P. Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud, México D.F. 2010:5-30
14. García H.B., Nogueras M.EV., Muñoz C.F. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria. Distrito Sanitario Málaga. *Salud Mental* 1ra edición Versión resumida 2011:15-61
15. Córdoba C.J., Fuentes F.A., Ruiz R.C. Revisión bibliográfica sobre características sociodemográficas y repercusiones de la depresión en el trabajador. *Revista de Medicina del Trabajo*. España Abr-Jun 2011; 57(223): 174-187
16. Riquelme M.A., Buendía V.J., López N.A.. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*. Murcia, España 2006 18(2): 288-292
17. Medina M.M., Borges G., Lara M.C., Benjet C., Blanco J.J., Fleiz B.C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Revista de Salud Mental*. México Agosto 2013; 26(4):1-15
18. Barrientos A.V., Mendoza S.HF., Sainz V.L., Pérez H.C., Gil A.I., Soler H.E. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos, *Revista de Medicina Familiar*. México Jul-Sep 2010; 12(3):69-76
19. Jonis M., Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cuál es la verdadera situación en nuestro país. *Revista de Medicina Herediana*. Perú 2013; 24:78-79.
20. Baader T., Molina J.L., Venezian S., Rojas C., Farias R., Fierro F.C., et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el

- diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Revista Chilena Neuro Psiquiátrica. 2012; 50(1):10-22
21. Sánchez G.S., Juárez C.T., Gallegos C.K., Gallo J., Wagner F., García P.C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Revista de Salud Mental. México Ene-Feb 2012; 35(1):71-77
22. Vega R.N., López R.C., Páez M.N., Castro M., Estrada C.E. Interacción estrógenos-noradrenalina en la depresión. Revista de Salud Mental. México Julio-Agosto 2013; 36(4): 331-336
23. Boschetti F.B. La depresión y su manejo en el ámbito de la Medicina Familiar. Archivos Revista de Medicina Familiar. México Sep-Dic 2014; 6(3):61-63
24. Acosta R.F., Rivera M.M., Pulido R.M. Depression an anxiety in a simple of unemployed mexican individuals. Journal of Behavior, Health&Social Issues. México 2011; 3(1):53-42
25. Aguilar N.S., Fuentes C.A, Ávila F.J., García M.E. Validez y confiabilidad del cuestionario de la ENASEM para la depresión en adultos mayores. Salud Publica México 2007;49:256-262
26. Wagner F., González F.C., Sánchez G.S., García P.C., Gallo J. Enfocando la Depresión como problema de salud publica en México. Revista de Salud Mental. México Ene-Feb 2012; 35(1): 3-11
27. García T.M., Ibarra O., Gili M., Serrano M.J., Vives M., Monson S., et al. Adherencia a las recomendaciones sobre estilo de vida en pacientes con depresión. Revista Psiquiátrica de Salud Mental. Barcelona España. 2012;5(4):236-240
28. Ayuso M.J., Baba G.E., Bobes J., Giner J., Giner L., Pérez V., et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista Psiquiátrica de Salud Mental. Barcelona España. 2012;5(1):8-23
29. Latorre P.J., Navarro B.B., Parra D.M., Salguero J.M., Wood C., Cano V.A. Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. Revista Clínica de Medicina Familiar. México 2012; 5(1):37-45

30. Farreas A.J., Sanjuán D.R., Elias V.M., Sanchez L.C., Blasco V.M., Yague S.M. Evaluación de las derivaciones a un centro de salud mental desde Atención Primaria. *Revista de Medicina Familiar y Atención Primaria*. España Dic 2011; 15(4):1-5
31. Natera G., González F.C. Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Revista Salud Mental*. México Ene-Feb 2012; 35(1):1-2
32. Harald J.H., Claudia M.W., Anja G., Renatus Z., Gunver S. K., Stefan N.W., Helmut K. Health costs in patients treated for depression, in patients with depressive symptoms treated for another chronic disorder, and in non-depressed patients: a two-year prospective cohort study in anthroposophic outpatient settings. *Eur J Health Econ*. Freiburg, Germany (2010) 11:77–94
33. Martínez V.M., Hernández M.M., Godinez T.E. Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una clínica regional del Municipio de Jilotepec, México. *Revista de Atención Familiar* 2012; 19(3): 58-60
34. Reed G.M., Ayuso M.J. Hacia un clasificación internacional de los trastornos mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Barcelona España 2011; 4(3):113-116
35. Suckling J. Evidencia sobre la depresión con técnicas de imagen. ¿Hay biología en la bibliografía?. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Barcelona España 2012; 5(1):5-7
36. Caruncho H.J. Rivera B.T. Biomarcadores de la Depresión. *Revista en Neurociencia*. Coruña España 2010; 50(8):470-476
37. Álvaro E.J., Garrido L.A., Schweiger G.I. Causas sociales de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*. Madrid España May-Ago 2010;68(2): 333-348
38. Estrada R.A., Cardona A.D., Segura C.A., Ordoñez M.J., Osorio G.J., Chavarriaga Maya Lina. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Revista Universitas Psychologica*. Colombia 2013 Enero-Marzo; 12(1):81-94

39. Campagne D.M. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Revista Medicina Familiar Semergen*. Madrid España. 2011; 38(5):301-311
40. Ojeda G. Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Universidad del Rosario. Colombia Mayo 2012: 5-20
41. Cruz P.G. De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2012;15(4):1310-1324
42. Benítez M.J. Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. *Revista Medicina Familiar Semergen*. Madrid España. 2009 Supl. 1:50-56
43. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona 2002 Masson
44. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Programa de acción Mundial para superar las brechas en salud mental. World Health Organization, Versión 1.0 Panamá 2011:10-30
45. Adán M.J., Ayuso M.J. Sobre diagnóstico y sobret ratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Revista de Atención Primaria*. España 2010; 42(1):47-49
46. Álamo C., López M.F. Depresión y ritmos circadianos: relación farmacológica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Barcelona España. 2010; 3(1):2-11
47. Acosta F., Rodríguez L., Cabrera B. Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas a influencia de las creencias en la adherencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Barcelona España. 2013; 6(2):86-92
48. Ley del Adulto Mayor en el Estado de México. Publicada sección cuarta de la gaceta del gobierno del Estado de México, Agosto 2008
49. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. 2012, última reforma publicada DOF 25-04 2012 (junio 2002):26
50. López M.E., Torres C.N. Aspectos moleculares del envejecimiento. Secretaría de Salud, Instituto de Geriatria 1ª edición México 2012:8-50

51. Gutiérrez R.L., Lozano F.M. Serie cuadernillos de salud pública: propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriátría. 1ª Edición. México 2013:6-46
52. Flores P.S., Huerta R.Y., Herrera R.O., Omar F., Alonso V. Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. México 2012. Abril 3(2):89-100
53. Zavala G.M., Posada A.S., Cantú P.R. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Revista Archivos de Medicina Familiar*. Oct-Nov 2010; 12(4):116-126
54. Durán B.T., Aguilar R.M., Martínez M.L., Rodríguez T., Gutierrez G., Vazquez L. Depresión y función cognitiva del adulto mayor de una comunidad urbano marginal. *Revista Enfermería Universitaria*. México 2013; 10(2):36-42
55. González C., Rangel A.L. Calidad de vida en el adulto mayor. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Geriátría. 1ª Edición. México 2013:336-378
56. Bobes G.J., Portilla M.P., Bascarán F.M., Sáiz M.P., Bousoño G.M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Psiquiatría Editores* 3ra edición. Ars Medica. Barcelona España 2004:172-173
57. Ruiz F.L., Colín P.R., Corlay N.I., Lara M.M, Dueñas T.H. Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Revista de Salud Mental*. Mar-Abr 2010; 30(2):25-32

10. Anexos

10.1. Consideraciones Éticas

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la

18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964

y enmendada por la

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM,
Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM,
Tokio 2004

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCIÓN

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe

incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están sobre presentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los

factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiadas.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptara la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de

investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SE COMBINA CON LA ATENCIÓN MÉDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.
- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

10.3. Escala de Calidad de Vida para Depresión (Quality of Life in Depression Scale)

13.8. Escala de Calidad de Vida para la Depresión (Quality of Life Depression Scale, QLDS)

1

Por favor, piense en cómo se siente en este momento. A continuación lea las siguientes cuestiones. Cada cuestión tiene dos respuestas posibles. Marque la respuesta con la que más se identifique.

Si no está segura, señale la respuesta que más se parezca a cómo se siente usted en este momento.

Por favor, asegúrese de contestar todas las cuestiones.

1. Sólo quiero que pase el tiempo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Tengo esperanza en el futuro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Me cuesta mantener una conversación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Me gusta estar al corriente de las cosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Siento que mi vida se está perdiendo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Siento como si no controlara mi vida	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
7. Me cuesta salir de casa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. En general, disfruto con lo que hago	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. Le he perdido el gusto a la vida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. Siento que no apporto nada a los demás	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
11. No puedo abrirme a la gente que quiero	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
12. Atiendo mis necesidades (aseo, alimentación, descanso, etc.)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. Soy capaz de pensar en el futuro	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14. Sólo quiero pasar desapercibido/a	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15. Hay cosas que me ilusionan	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16. Ya no me divierte nada	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
17. No me ocupo de mis amigos	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
18. No me cuesta hacer mis tareas diarias	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
19. Me aislo de la gente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20. Me cuesta decidir hasta en lo más sencillo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21. Me siento una carga para los demás	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22. La mayor parte del tiempo estoy como ausente, con la mirada perdida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

23. Me cuesta el trato con los demás	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
24. Me encierro en mí mismo/a	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
25. Descuido mi aspecto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
26. Puedo ver el lado divertido de las cosas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27. No me entero de lo que me dice la gente	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
28. Creo que decepciono a todo el mundo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
29. Me agobia cada nuevo día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
30. Disfruto de la comida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
31. Trato de evitar a la gente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
33. Mi vida no tiene sentido	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
34. Soy capaz de afrontar los problemas cotidianos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Gracias por cumplimentar este cuestionario. Por favor, compruebe que ha contestado a todas las cuestiones.</p>	
<p>Puntuación global <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

